



**Årlig melding 2017
for
Helse Sør-Øst RHF
til
Helse- og omsorgsdepartementet**

Hamar 15. mars 2018

INNHold

1. Innledning.....	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og utfordringer i 2017	3
1.3 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2017	25
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument.....	31
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	31
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	37
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	44
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni 2017 og 22. august 2017	54
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	54
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	56
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	57
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet.....	62
4.1 Krav og rammer for 2017.....	62
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017	80
5. Styrets plandokument.....	83
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	83
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	83

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet
- Vedlegg 2: Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet
- Vedlegg 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
- Vedlegg 4: Rapportering 2017 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

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 for Helse Sør-Øst RHF, § 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 2017.

Helse Sør-Øst RHF utarbeider eget dokument med årsregnskap og årsberetning 2017 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 gjøre utfordringer tydelige 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 UTFORDRINGER I 2017 REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN

- ***Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd***

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter reduseres fortsatt, mens andel fristbrudd har økt. Dette viser at det er behov for å videreføre innsatsen for å øke pasientenes tilgjengelighet til tjenesten.

Helseforetakene legger ned en betydelig innsats for å nå målene for ventetider og fristbrudd. God ledelsesforankring er vektlagt, blant annet gjennom å definere felles mål for alle helseforetak. De gode erfaringene med denne tilnærmingen legges til grunn i 2018.

Det er også igangsatt en rekke tiltak i arbeidet for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet. Helse Sør-Øst RHF har i 2017 deltatt aktivt i nettverk med de andre regionale helseforetakene for å utvikle indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse, effektivitet, ressursplanlegging og variasjon i forbruk. Fra 2014 har Helse Sør-Øst RHF etablert regionalt innsatsteam som understøtter lokal ledelse i helseforetakene ved omstilling og endring. Teamet har så langt prioritert arbeidet med poliklinikker i somatikk, men i 2017 er det også startet prosjekter ved fem poliklinikker innen psykisk helsevern. Alle disse tiltakene vil føres videre i 2018. Foreløpig plan for første halvår 2018 omfatter blant annet oppstart ved ytterligere en poliklinikk innen psykisk helsevern.

Målet om minimum seks måneders planleggingshorisont i alle poliklinikker er ikke nådd. Slik planleggingshorisont er vesentlig for god Arbeidet med tilstrekkelig planleggingshorisont vil utvikles videre i 2018.

Sammenligning av noen sentrale indikatorer målt per 31. desember i 2016 og 2017 viser at veksten i aktivitet er ulikt fordelt:

- Det er vekst i den polikliniske aktiviteten for somatikk, men nedgang for de andre tjenesteområdene (se avsnittet om aktivitetsutvikling).
- Det er en positiv utvikling for ventetider samlet for alle tjenesteområder, men andel fristbrudd øker:
 - Ventetiden for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet er for 2017 på 56,7 dager for alle tjenesteområder. Dette er 2,3 dager kortere ventetid enn i 2016.
 - For pasienter som fortsatt venter på helsehjelp er den gjennomsnittlige ventetiden redusert med 9 dager fra 65 til 56 dager.
 - Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet har økt med 0,4 prosent til 1,6 prosent.
 - Andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter på helsehjelp holder seg omtrent uendret på 0,8 prosent.

Status 31. desember aktuelle år	2016	2017
Antall nyhenvisninger	735 161	729 527
Antall polikliniske konsultasjoner	4 599 002	4 593 192
Antall ventende	107 600	113 907
Gjennomsnittlig ventetid, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	59	56,7
Gjennomsnittlig ventetid, ventende pasienter	65	56
Antall fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	6 600	8 726
Antall fristbrudd, ventende pasienter	8 048	10 054
Andel fristbrudd, pasienter hvor helsehjelpen er påstartet	1,2	1,6
Andel fristbrudd, ventende pasienter	0,7	0,8

Antall langtidsventende pasienter, definert som pasienter med ventetid over ett år, er halvert fra i overkant av 800 pasienter i desember 2016 til rundt 400 i desember 2017.

Ny nasjonal indikator «antall og andel pasientkontakter som har passert planlagt tid» ble første gang publisert av Helsedirektoratet i 2017. Indikatoren er viktig for å ivareta

pasienten ved at utredning, behandling og oppfølging gis innen medisinsk frist, men også for å sørge for god planlegging av egen aktivitet. Tall per desember 2017 viser at 8,2 prosent av alle planlagte kontakter skjer etter utløp av den avtalte fristen. Sammenlignet med de andre helseregionene ligger Helse Sør-Østs tall lavest. Men de viser at Helse Sør-Øst fortsatt har store utfordringer innenfor enkelte fagområder. Særlig gjelder dette innen fagområdene nevrologi og fordøyelsessykdommer. Indikatoren vil bli fulgt opp spesielt i 2018, blant annet i regelmessige møter med helseforetakene.

I 2017 er det gjennomført en rekke tiltak for å forbedre pasientadministrative rutiner. Rydding i ventelister, standardisering og kvalitetssikring av arbeidsprosesser og opplæring har vært de viktigste tiltakene. Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering (publisert i mai 2017) og funn fra konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, viser at det fortsatt er mulig å forbedre registreringspraksis. Kvalitet i ventelisteregistrering vil derfor fortsatt vektlegges i 2018.

- ***Pakkeforløp og standardiserte pasientforløp***

Helseforetak og sykehus har nedlagt et stort arbeid for å lykkes med innføring av pakkeforløp kreft. Slike pakkeforløp 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 innføring og forbedring.

Kravet er at andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent. Helse Sør-Øst kan vise til resultat på 73 prosent. For kravet om at 70 prosent av pasientene skal behandles innen standard forløpstid, er det også gode resultater for mange pasientgrupper. Resultatet for Helse Sør-Øst er 64 prosent for 2017 (65 prosent måloppnåelse samlet for 2016 og 2017). Det er fortsatt utfordringer knyttet til prostatakreft, gynekologisk kreft og lungekreft. Pakkeforløp for brystkreft følges også spesielt opp overfor enkelte helseforetak. Dette pakkeforløpet har gjennom 2017 vist en fin bedring. Innsatsteamet har bistått i arbeidet med forbedring av pakkeforløp for gynekologisk kreft. Dette pakkeforløpet har vist noe bedring, men Helse Sør-Øst har på dette området fortsatt svak måloppnåelse sammenlignet med andre regioner.

Pakkeforløp for kreft har vist at det er nyttig å måle delprosesser i pasientforløpet. Ved å følge den enkelte pasients forløp, kan ventetid som ikke er faglig begrunnet unngås. I 2017 ble regionale elektroniske MDT-møter (3-strøms multidisiplinære møter) prøvd ut for å legge til rette for ytterligere forbedringer i utredningstiden. Alle helseforetak har anskaffet utstyr for slike møter i løpet av 2017. I 2018 vil elektroniske MDT-møter bli benyttet i arbeidet med flere kreftgrupper. Forberedelse og gjennomføring av møtene vil bli forbedret. Oslo universitetssykehus er ansvarlig for gjennomføring av møtene. De øvrige helseforetakene og sykehus deltar fra sin lokalisasjon.

Elektroniske MDT-møter vil bidra til redusert utredningstid. Beslutning fattes direkte i møtene og videre behandling kan igangsettes umiddelbart etter samråd med pasienten. Effekten av elektroniske MDT-møter vil trolig kunne ses utover i 2018.

For å skape læring på tvers i regionen har det vært arrangert regionale samlinger for forløpskoordinatorer og for de som er ansvarlige for monitorering. Pakkeforløp for kreft

utfordrer etablerte strukturer med avdelingsinndeling etter medisinske spesialiteter, blant annet fordi pasientforløp involverer flere avdelinger. Faglig og administrativ ledelse har bidratt til bedre samarbeid både innad i helseforetak og mellom helseforetak og sykehus. Flaskehals er blitt avdekket, og forbedringstiltak iverksatt. «Slot-tider» er innført i poliklinikker, radiologiske avdelinger og operasjonsstuer. Nytt utstyr er anskaffet, og avtaler med private tjenesteleverandører er reforhandlet. For ytterligere forbedringer må det planlegges slik at det er spesialister til stede også i sommerferie og høytider. Dessuten må det legges til rette for at koding kan skje fortløpende. Koding vil ikke bedre pasientforløpet, men har betydning for resultatene og for å finne forbedringsområder.

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

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

- ***Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning***

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2.2 skal pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp innen ti virkedager etter at henvisningen er mottatt. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

I Helse Sør-Øst viser registrering per desember 2017 at andel henvisninger vurdert innen ti virkedager er 96 prosent. 80 prosent fikk timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Andel henvisninger vurdert innen ti virkedager var på samme nivå i 2016.

- ***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. Det ble i 2017 startet opp anskaffelser av blant annet somatiske helsetjenester, psykisk helseverntjenester og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ved utarbeidelsen av de ulike konkurransedokumentene er det lagt stor vekt på å ha gode strukturer for samarbeid med helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har 60 løpende avtaler innen fagområdene psykisk helsevern, TSB og rehabilitering. Avtalene gir leverandørene stabile driftsforutsetninger og legger forholdene til rette for et langsiktig samarbeid med andre aktører både innen spesialisthelsetjenesten og innen det kommunale ansvarsområdet. Erfaringene med løpende avtaler er i hovedsak gode, men det vil på sikt kunne oppstå utfordringer med å utvikle og tilpasse disse avtalene til endringer i den øvrige spesialisthelsetjeneste.

Årsaken er at det er klare begrensinger i hvor store endringer som kan gjøres i avtaler som er inngått ved anbudskonkurranse.

Over tid er det lagt inn mer ressurser for å gjøre det mulig for de private avtalepartene innen TSB å øke sin ambulante virksomhet. Slik kan samarbeidet mellom leverandørene, kommunene og helseforetakene styrkes. Hensikten med omleggingen er å lette overgangen for pasientgruppen, da mange ikke møter opp til behandling eller får mangelfull oppfølging i etterkant av døgnbehandlingen. De foreløpige erfaringene med denne satsningen er gode.

I alle avtalene er det stilt spesifikke krav til aktivitet, kvalitet og kompetanse. Dette følges tett opp gjennom månedlig rapportering og møter og dialog i løpet av året. Hvert år inngås det en ytelsesavtale med den enkelte institusjon, hvor det spesifiseres eventuelle endringer i ytelsen det kommende året.

Aktivitetsrapporter viser at det er stor variasjon i antall konsultasjoner og ulikhet i praksisene til avtalespesialistene. Helse Sør-Øst RHF har derfor lagt vekt på at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med avtalespesialistene for å fremme et godt samarbeid og en god arbeidsfordeling. Hele Sør-Øst RHF leder arbeidet med utdanning av leger i avtalepraksis og har i den forbindelse blant annet utarbeidet forslag til modeller for finansiering av dette. Helse Sør-Øst RHF har fulgt opp de private avtalespesialistene bedre, blant annet gjennom praksisbesøk. Arbeidet med en regional plan for avtalespesialistområdet pågår, og planen vil fremlegges for styret i Helse Sør-Øst RHF første halvår 2018.

• **Kapasitetsvurderinger**

Helse Sør-Øst RHF må planlegge for riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene i regionen, blant annet for å møte 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 å anskaffe supplerende kapasitet fra private tilbydere.

Som et ledd i den langsiktige planleggingen vurderes behov, aktivitet og kapasitet, blant annet i strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved framskrivning av fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

I 2018 vil alle helseforetak ferdigstille lokale utviklingsplaner. Arbeidet er basert på regionale føringer som blant annet bygger på Nasjonal helse- og sykehusplan. Her vil kapasitetsutfordringene lokalt bli adressert. De lokale utviklingsplanene vil være viktige i arbeidet med å utarbeide en regional utviklingsplan.

Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet

Det arbeides med både kortsiktige og langsiktige tiltak for å møte kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet. Styret i Helse Sør-Øst RHF har lagt føringer på dette arbeidet gjennom flere styrevedtak senest sak 052-2016 «Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder».

Oppgavedeling mellom sykehusene i Oslo sykehusområde er et sentralt arbeidsområde., Overføring av opptaksområder i Groruddalen fra Akershus universitetssykehus til Oslo

sykehusområde planlegges. Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus er bedt om å vurdere hvordan disse kan utvikles som lokalsykehus med en større egendekning.

Ansvar for spesialisthelsetjenesten for Vestby kommune planlegges overført fra Akershus universitetssykehus til Sykehuset Østfold per 1. mai 2018. Overføringen vil avlaste Akershus universitetssykehus. Samtidig arbeides det med å forberede overføring av Kongsvinger sykehus med opptaksområde fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus fra 1. januar 2019. Denne overføringen vil utfordre kapasiteten innen psykisk helsevern for Akershus universitetssykehus.

Helse Sør-Øst RHF har en samlet tilnærming til kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet. Det skal legges til rette for at nødvendige tiltak iverksettes planmessig for at befolkningen i de ulike opptaksområdene til enhver tid skal ha et tilfredsstillende spesialisthelsetjenestetilbud. Kapasitetsvurderinger for hovedstadsområdet, fordeling av opptaksområder og plan for oppgavedeling for sykehusene i Oslo-regionene vil være en del av arbeidet med regional utviklingsplan som skal legges frem for styret i Helse Sør-Øst RHF i 2018.

- ***Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.***

Helseforetaksgruppens resultatutvikling i 2017 er positiv og bedre enn budsjett. Samlet er det god kontroll med økonomien. Den positive resultatutviklingen legger et grunnlag for økt investeringsevne i helseforetaksgruppen. Samlet investeringsbehov 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 endringer 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 gir mulighet for et nødvendig investeringsnivå.

PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

- ***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 (TSB). Oppfølgingen har blant annet funnet sted i oppfølgingsmøter med helseforetakene og i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner og budsjettarbeid.

Ventetider

Målet om større nedgang i ventetider for psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk er ikke innfridd i 2017. Ventetidene er lavere enn somatikk, med 37 dager for rusbehandling og henholdsvis 46 og 50 dager for psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn og unge. Det har ikke vært noen reduksjon i ventetid for disse tjenesteområdene. Innen somatikk er derimot ventetiden samlet for 2017 redusert med 2 dager til 58 dager. Helse Sør-Øst har dermed oppfylt kravet om gjennomsnittlig ventetid under 60 dager.

Kostnader

Foreløpige tall viser at Helse Sør-Øst har en større vekst i kostnader innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge hver for seg enn innen somatikk. Imidlertid vises en liten nedgang i kostnader innen TSB, og her målet er derfor ikke innfridd i 2017.

Årsverk

Antall månedsverk viser en vekst innen somatikk sammenlignet med 2016, mens det er en liten nedgang innen psykisk helsevern. Innen TSB er antall årsverk tilnærmet uendret fra 2016. Målet er derfor ikke innfridd i 2017.

Aktivitet (polikliniske konsultasjoner)

I 2017 ble det innført ISF-finansiering for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og TSB. Rapporterte polikliniske konsultasjoner i 2017 er antall ISF-godkjente opphold, mot tidligere antall HELFO-godkjente konsultasjoner. Som en følge av endret regelverk og endret registrering er ikke antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB sammenlignbart med antallet rapportert i 2016.

• ***Reduksjon i tvangsinnleggelser og bruk av tvang***

Reduksjon i antall tvangsinnleggelser og bruk av tvang er viktige mål innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Tallgrunlaget for hele 2017 foreligger ikke, men helseforetakene melder om utfordringer med å innfri målkravet om reduksjon av tvangsinnleggelser.

Helse Sør-Øst RHF har i 2017 etablert et regionalt prosjekt for å redusere bruk av tvangsmidler. Mer enhetlig forståelse av regelverk og standardisering av registreringene er et delmål i arbeidet. To sentrale mål for prosjektet i 2018 er å etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene og å utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.

BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

• ***Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent***

Helse Sør-Øst RHF har i flere år arbeidet for å redusere andel sykehusinfeksjoner til under tre prosent. Dette målet er ambisiøst og er samlet sett ikke nådd i 2017. Det er i en årrekke gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år. Resultatene varierer noe år for år, men viser en nedadgående trend.

Alle helseforetak og private ideelle sykehus rapportert som pålagt i «*Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner*» (NOIS).

Å redusere antall sykehusinfeksjoner er utfordrende, og økning av multiresistente bakterier fordrer en større innsats ved helseforetakene. Antibiotikaresistens er en økende utfordring. Alle helseforetak har iverksatt antibiotikastyringsprogram som et forebyggende tiltak, slik det er pålagt i «*Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens*». Regionalt kompetansesenter for smittevern er fra 2016 styrket med ressurser for å understøtte helseforetakene i arbeidet med antibiotikastyringsprogrammet.

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

- ***Pasientsikkerhetsprogrammet***

Alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst deltar aktivt i pasientsikkerhetsprogrammet. Målet er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Oppfølging skjer ved regional erfaringsutveksling og nasjonale læringsnettverk. Spredning av innsatsområdene i helseforetakene følges med rapportering i linjen hvert tertial og i oppfølgingsmøter.

De første innsatsområder skulle vært innført i relevante enheter innen 2016. Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Lovisenberg Diakonale Sykehus har oppnådd spredning til relevante enheter innen fristen. Ved mange helseforetak er det behov for å utvide perioden for spredning av innsatsområdene. Innføringen er avhengig av at ansatte involveres i endring av daglige arbeidsprosesser og etablering av varige strukturer. Det er avgjørende at helseforetak og private ideelle sykehus erkjenner at dette er viktige områder for pasientsikkerhet. Videre må det på plass målinger med automatisert uttrekk av data.

Fire nye innsatsområder er kommet til i 2017. Disse er «tidlig oppdagelse av forverring», «tidlig oppdagelse og behandling av sepsis», «forebygging av underernæring» og «trygg utskriving med brukermedvirkning». Området «trygg utskriving» vil fortsette med nasjonalt læringsnettverk utover i 2018. For området «tidlig oppdagelse og behandling av sepsis» er det oppnådd gode målbare resultater. Målet er at diagnose skal være stilt og antibiotika gitt innen en time etter ankomst til akuttmottaket. Flere helseforetak og sykehus har oppnådd målet med 80-100 prosent. Dette bidrar til å lukke avvik som helsetilsynet påpekte for landets akuttmottak i 2016.

Siden 2010 har alle norske helseforetak gransket journaler for å avdekke pasientskader ved hjelp av metoden Global Trigger Tool (GTT). Helseforetakene i Helse Sør-Øst følger opp sine egne gjennomganger fortløpende og rapporterer tertialvis inn til den nasjonale databasen. De sist offentliggjorte nasjonale oversiktene ble publisert i september 2017 og viser resultater for GTT-undersøkelse i 2016. I denne oversikten anslås at det i 13,9 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller fikk alvorligere konsekvenser.

GTT-undersøkelsene i 2016 viser at andelen lettere skader, som ikke fører til forlenget sykehusopphold eller varig mén, har gått noe ned, mens moderate skader har gått litt opp. De hyppigste typene av pasientskader blant de lettere skadene var legemiddelrelatert skade og annen kirurgisk komplikasjon. Deretter følger urinveisinfeksjon og postoperativ sårinfeksjon. Den hyppigste blant de mer alvorlige skadene var postoperativ sårinfeksjon. Postoperative blødninger har økt fra 2012 til 2016. Innsatsområdene i pasientsikkerhetsprogrammet retter seg i hovedsak mot lettere skader.

I 2012 og 2014 ble kulturen for pasientsikkerhet undersøkt. I ny undersøkelse «*ForBedring*», første gang gjennomført i mars 2018, er pasientsikkerhetskultur, HMS og arbeidsmiljø samordnet i en ny undersøkelse. God pasientsikkerhet, HMS og godt arbeidsmiljø er gjensidig avhengige av hverandre og bør sees i en sammenheng.

- **Korridorpasienter.**

Andel korridorpasienter viser en svak nedgang sammenlignet med 2016, men det er stor variasjon mellom helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF følger utviklingen gjennom månedlige oppfølgingsmøter.

- **Brukermedvirkning og samvalg**

I Helse Sør-Øst RHF er brukermedvirkning på systemnivå etablert ved alle sentrale prosesser. Interregionale retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak er vedtatt. En arbeidsgruppe har levert en rapport om organisering og videreutvikling av opplæringstilbud for brukermedvirkere. Denne vil bli fulgt opp sammen med brukerorganisasjonene. Helse Sør-Øst RHF har tatt over ansvaret for brukeropplæringen i samarbeid med brukerorganisasjonene. De regionale helseforetakene samarbeider om en felles opplæringsplattform.

For å ivareta medvirkning på individnivå arbeider Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med brukerutvalget og ulike fagmiljøer for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet. Styrket pasientrolle er et hovedinnsatsområde i revidert strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. Oslo universitetssykehus vil arrangere en konferanse i mars 2018 om brukermedvirkning i arbeidet med kvalitet- og pasientsikkerhet.

For å oppfylle oppdraget i oppdragsdokument 2017 om pasienters deltagelse i beslutninger om egen behandling har det i 2017 vært arbeidet videre med å utvikle og evaluere rammeverket «*Klar for samvalg*». Dette er et rammeverk for opplæring og undervisning av helsepersonell i samvalg. Fra det regionale helseforetakets side har det aktivt vært informert om verktøy som ligger på Helsenorge.no.

I 2017 er det i Helse Sør-Øst RHF videreutviklet samvalgsverktøy der pasienter kan delta i valg mellom ulike behandlingsalternativer. Verktøyene gjør det mulig å integrere data fra flere kilder (kunnskapsgrunnlag, helsepersonell og pasienten selv) for å komme frem til beste behandling for den enkelte pasient. Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, HIV og lungekreft (valg mellom stereotaksi eller kirurgi) er prioritert. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt plan for økt samvalg i helseregionen, og det samarbeides med Helse Nord RHF om oppdrag gitt i tilleggskildet etter Stortingets behandling av

Prop. 129 S (2016-2017). Her legges det blant annet vekt på samordning av arbeidet med nye samvalgsverktøy og at eksisterende verktøy tas i bruk.

- ***Brukererfaringer og pasienttilfredshet***

Arbeidet med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Folkehelseinstituttet har i 2017 levert rapportene «*Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017*», «*Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2016*» og «*Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016*».

De aktuelle rapportene gjennomgås i møter med private avtalepartnere og med helseforetakene i regionen. Resultatene for regionen (både helseforetak og private aktører) viser ikke store endringer i resultatene de siste to år. Fremdeles er overgangen til kommune en utfordring.

Folkehelseinstituttet ved Kunnskapssenteret har i 2016 gjennomført brukererfaringsundersøkelsen «*PasOpp*» på postnivå ved fire helseforetak i Helse Sør-Øst. Resultatene er i 2017 lagt til grunn i helseforetakenes forbedringsarbeid og det skal tidlig i 2018 arrangeres et erfaringsmøte i samarbeid med de medvirkende helseforetakene og Folkehelseinstituttet.

- ***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 å understøtte 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.

I 2017 ble det nedsatt fire midlertidige fagutvalg innen nevrologi, plastikk-kirurgi, øyesykdommer og ortopedi. Oppdraget for de fire fagutvalgene har blant annet vært å gi innspill til faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging/kontroller av de største pasientgruppene innen fagområdene.

Fagrådene er oppnevnt permanent, mens fagutvalg oppnevnes midlertidig knyttet til konkrete utfordringer innenfor et definert fagområde. I 2017 ble det gjennomført en evaluering av ordningen med fagråd og midlertidige fagutvalg. Evalueringsrapporten ble slutført høsten 2017 med 15 forslag til tiltak for å forbedre samarbeidet mellom fagmiljøene og det regionale helseforetaket. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som i 2018 vil arbeide videre med forslagene til tiltak.

Helse Sør-Øst RHF har etablert flere regionale kompetansetjenester for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det er også igangsatt et arbeid for å vurdere ordningen med regionale kompetansetjenester.

- ***Kvalitetsregistre***

Helse Sør-Øst RHF har i 2017 utviklet nye og målbare kvalitetsindikatorer for de nasjonale kvalitetsregistrene. Dette er viktig for å øke bruken av registerdata til kvalitetsforbedring og forskning.

Et annet viktig innsatsområde har vært helseforetakenes leveranse av data til kvalitetsregistrene for å øke dekningsgraden. Norsk gynekologisk endoskopiregister og Nasjonalt hjertestansregister har oppnådd økt dekningsgrad etter deltakelse i det nasjonale dekningsgradsprosjektet. Særlig verdt å nevne er kvalitetsregistrene i Kreftregisteret, som har forbedret innrapporteringen av kliniske meldinger.

Nytt i 2017 er også at resultater for kvalitetsregistrene og kvalitetsindikatorer kan publiseres interaktivt. Cerebral pareseregisteret i Norge og Norsk kvinnelig inkontinensregister presenterer nå sine resultater interaktivt på nett (kvalitetsregistre.no). Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes har ambisjoner om det samme.

- ***Avtaler mellom helseforetak og kommuner***

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

For helseforetaksgruppen er liggedøgn for utskrivningsklare pasienter gått noe ned sammenlignet med samme periode i 2016. Andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med det totale antall liggedøgn i sykehus er også noe lavere. Det er variasjoner mellom helseforetakene. Noen helseforetak har opplevd en økning i antall liggedøgn som blant annet skyldes utfordringer hos enkeltkommuner med å ta imot utskrivningsklare pasienter. Helse Sør-Øst RHF har fulgt nøye utviklingen av antall reinnleggelses uten å kunne påvise vesentlige endringer.

Gode prosedyrer og praksis ved utskrivning er av særlig betydning for pasienter som trenger omfattende hjelp etter utskrivning. Pasientsikkerhetsprogrammet ble i 2017 utvidet med tiltakspakke for «*trygg utskrivning*». Dette skal styrke arbeidet med å planlegge utskrivning fra sykehus, og fremme samarbeidet med de kommunale tjenestene for å gi pasientene en bedre helhetlig behandling og oppfølging. De fleste av helseforetakene har meldt seg på arbeidet med denne tiltakspakken.

Kommunenes Sentralforbund (KS) og Folkehelseinstituttet (Område for helsetjenester) driver «læringsnettverk for helhetlig pasientforløp». I vår region deltar Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus sammen med kommunene i sine optaksområder.

Det er foreløpig ikke påvist at etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser i ønsket grad avlaster helseforetakene. Ordningen blir brukt mer, men ikke i ønsket grad av pasienter der alternativet ville vært sykehusinnleggelse om disse plassene ikke eksisterte. En av de lovpålagte samarbeidsavtalene som kommuner og spesialisthelsetjenesten har inngått, omhandler disse øyeblikkelig-hjelp-tilbudene i kommunene. Kommunene er pålagt å ha slike tilbud både for somatiske pasienter og pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling. Spesialisthelsetjenesten ønsker fortsatt å bidra i etableringen og oppbyggingen av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten. Det regionale samhandlingsnettverket bidrar til å dele erfaringer og tydeliggjøre gode eksempler mellom de ulike helseforetakene også innen dette området.

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. Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus har etablert lokale avtaler med NAV. De andre helseforetakene har startet arbeidet med tilsvarende avtaler.

Samhandling er et sentralt element i arbeidet med lokale og regionale utviklingsplaner, og det er spesiell oppmerksomhet på rehabilitering, habilitering, psykisk helsevern, TSB, hjerneslagsbehandling, kreftkirurgi og prehospitale tjenester.

- ***Praksiskonsulentordningen***

Det foregår et kontinuerlig arbeid med å videreutvikle praksiskonsulentordningen (PKO) både i Helse Sør-Øst og på nasjonalt nivå. Det er et mål å styrke PKO ved helseforetak som ikke har etablert robuste ordninger. Nasjonalt arbeidsutvalg for PKO er etablert med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF. 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 kommet med konkrete innspill til Helse Sør-Øst RHF i ulike samhandlingsspørsmål, og har vært brukt som høringsinstans i arbeidet med regional plan for avtalespesialistområdet.

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

Medarbeiderundersøkelsen og undersøkelse av kulturen for pasientsikkerhet har vært viktig for å bedre arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i helseforetaksgruppen. Alle medarbeidere skal involveres i lokalt forbedringsarbeid, og finne frem til konkrete tiltak for egen enhet med bakgrunn i kartleggingene. I 2016 etablerte de regionale helseforetakene i samarbeid med Pasientsikkerhetsprogrammet et nasjonalt prosjekt som skulle se på mulig samordning av tidligere kartlegginger av arbeidsmiljø/HMS og pasientsikkerhetskultur. En ny undersøkelse kalt «*ForBedring*» er utviklet og er besluttet gjennomført ved alle helseforetak fra februar 2018. På denne bakgrunn ble det ikke gjennomført en medarbeiderundersøkelse i 2017. Helseforetakene har derfor ikke konkrete tall for involvering av medarbeidere i oppfølging av arbeidsmiljøet for egen enhet. Beslutningen om å ikke gjennomføre kartlegging høsten 2017 og avvente den nye undersøkelsen «*ForBedring*» ble avklart med tillitsvalgte og vernetjeneste.

Det er viktig at det arbeides systematisk og kontinuerlig med å bedre arbeidsmiljø/HMS i helseforetakene.

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

Ledelse

Helseforetakene har videreført sin aktivitet innen ledelsesutvikling i 2017 etter felles regionale føringer og retningslinjer. Felles «*Konsept for lederutvikling*» etablerer en ramme for helseforetakenes arbeid med lederutvikling. En viktig del av konseptet er at lederutvikling skal bidra til virksomhetsutvikling. Helseforetakene øker sin aktivitet for å utvikle av ledergrupper og ledelse av pasientsikkerhetsarbeid.

Helse Sør-Øst RHF legger både i løpende drift og prosesser vekt på å involvere tillitsvalgte og medarbeidere. Dette omfatter også utviklingsprosjekter og anskaffelser. Det avholdes regelmessige møter med tillitsvalgte på ulike nivåer. Fagressurser, tillitsvalgte, verneombud og ledere fra helseforetakene deltar i ulike regionale råd og utvalg som gir Helse Sør-Øst RHF innspill i saker som berører drift og utvikling i foretaksgruppen

Samhandling med profesjonsforeningene er viktig for foretaksgruppen. Både det regionale helseforetaket og helseforetakene i regionen arbeider med å utvikle god dialog og legge til rette for gode samhandlingsarenaer.

Lønnsoppgjøret 2016/2017 endte i konflikt med Akademikerne. Temaet var særlig arbeidstidsordningene for legene. Etter en lang prosess med behandling både i Rikslønnsnemnda og Arbeidsretten er denne konflikten nå løst ved en ny avtale.

Ledere på alle nivåer har et særlig ansvar for å få til en god og åpen dialog med ansatte og deres tillitsvalgte

Strategisk kompetanseutvikling

Det forventes både mangel på flere grupper helsepersonell og endringer i kompetansebehov frem mot 2030. Helse Sør-Øst RHF ønsker gjennom strategisk kompetanseutvikling å møte utfordringene knyttet til dette.

Det er behov for å styrke tilgangen på sykepleiere, bioingeniører og radiografer, samt spesialsykepleiere (anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft: ABIOK). Dette kommer i tillegg til ulike legespesialiteter som psykiatri, rusmedisin, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi. Utfordringsbildet ble i 2016 systematisert gjennom Helse Sør-Øst RHF's bidrag til en interregional behovsanalyse. I 2017 har analysearbeidet på denne bakgrunn vært konsentrert om spesialsykepleiere. Behovsdekning i ABIOK-fagene vil følges nøye fremover.

Nasjonal bemanningsmodell foreligger nå også i en regional versjon.

Bemanningsmodellen er utviklet som et verktøy for scenarieanalyser med et tidsperspektiv frem mot 2040. Statistisk sentralbyrås fremskrivning av befolkningsvekst ligger til grunn. I tillegg kommer et sett justerbare faktorer som medfører endringer i estimert bemanningsbehov (sykefravær, pensjonsalder, endret oppgavedeling og nye behandlingsmetoder m.fl.). Dette vil inngå i arbeidet med regional utviklingsplan.

Helse Sør-Øst RHF har i løpet av året gjennomført en serie med arbeidsmøter om regional bemanningsmodell med noen utvalgte foretak. Tilbakemeldinger fra denne runden er innarbeidet og brukt til å utvikle et forbedret brukergrensesnitt og til å gi en bedre forklaring av faktorer som er benyttet i modellen. Det samarbeides tett med den nasjonale utviklingsgruppen for å tydeliggjøre roller og mål for brukerne. Nytt brukergrensesnitt vil innføres i første halvdel av 2018.

Digital læring ble betydelig styrket i 2017. Det ble gjennomført 207 000 e-læringskurs i regionen, hvilket er en økning på 31 prosent fra 2016. Dette er langt over målet på 10 prosent. Flere helseforetak hadde en økning på over 50 prosent sammenlignet med 2016. I ny spesialistutdanning for leger er flere e-læringskurs inkludert i anbefalt

pensum for første del av utdanningen (LIS1), og det arbeides videre med digital læring for resten av utdanningen (LIS2 og LIS3). I forbindelse med ny spesialistutdanning er en egen kompetanseportal integrert med portalen for digital læring (Læringsportalen).

Det er positive effekter ved økt samarbeid mellom regionene om digital læring, og dette samarbeidet er styrket. Kontakten med de private ideelle sykehusene om digital læring er økt, og samarbeidet med KS om utveksling av e-læringskurs videreføres.

Bedre ressursstyring

Ansvar for oppfølging 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. 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.

Veksten i bemanning i foretaksgruppen er i hovedsak stoppet opp, og bemanningen ligger nå på samme nivå som i 2016. Bemanningssituasjonen er likevel krevende, spesielt med tanke på forutsetningene som er lagt til grunn i budsjettet for 2018. Aktivitetsveksten gjør det viktig at helseforetakene effektiviserer arbeidsprosesser, fjerner flaskehals og gjennomfører god oppgavedeling. God arbeidsfordeling, riktig kompetansefordeling og fjerning av administrativt dobbeltarbeid skal medvirke til effektivisering ikke går på bekostning av arbeidsmiljøet.

Omfanget av brudd på arbeidsmiljøloven er vesentlig redusert i løpet av de siste to årene. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å utnytte tilgjengelige datasett bedre til å forstå årsaker og sammenhenger og legge til rette for bedre sammenligning på tvers av foretaksgruppen.

Arbeidet med å redusere bruken av deltidsstillinger er fortsatt viktig. Innsatsen er videreført i 2017 i tråd med Helse Sør-Øst RHF's felles retningslinjer for heltidskultur. 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. Nivået for deltid i hele foretaksgruppen ligger nå på ca. 33 prosent i faktisk andel deltid. For faste stillinger er det betydelig lavere, omtrent 24 prosent. I 2017 er det i tråd med eiers styringskrav dessuten arbeidet spesielt med å tilby nyutdannede hel, fast stilling.

Gjeldende retningslinjer for heltid legger også opp til at stillinger i helseforetakene som hovedregel skal lyses ut som heltidsstillinger. Innen dette området har foretaksgruppen en utfordring knyttet til sykepleierstillinger. Samlet sett er riktignok mer enn 70 prosent av disse lyst ut som hele stillinger. Flere foretak opererer imidlertid med et nivå på rundt 50 prosent. Dette er ikke forenlig med regionens retningslinjer og krever forsterket innsats neste år.

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

Helse Sør-Øst RHF vil i 2018 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 omfatter retningslinjer og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder. Rammeverket beskriver seks satsningsområder for perioden 2015-2018 som er definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen. I 2017 har arbeidet med å gjennomføre de regionale satsningsområdene fortsatt, med særlig vekt på kompetanseheving i vernetjenesten og gjensidig avhengighet mellom HMS, kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg er det i 2017 arbeidet med vold og trusler.

Verneombudsutvikling er gjennomført som regionale samlinger, der kompetansedeling og samlet utvikling av vernetjenesten har vært overordnede mål. Hensikten er å øke vernetjenestens kompetanse innenfor sykehusspesifikke HMS-utfordringer. På bakgrunn av gode tilbakemeldinger fra vernetjenesten og helseforetakene planlegges det våren 2018 en ny samling for frikjøpte verneombud i foretaksgruppen. Det vil gjennomføres en bredere evaluering av effekten av denne type tiltak fremover.

Gjensidig avhengighet mellom HMS, kvalitet og pasientsikkerhet har vært gjentakende tema på ulike arenaer. I 2017 ble Strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS vedtatt i styret. HMS-ledermøte og vernetjenesten vil arbeide videre med operasjonalisering av strategien i 2018. Flere helseforetak har alt begynt å se på erfaringer med organisering og samarbeidsform for å oppnå ønskede mål. HMS-ledermøtet ønsker å videreføre denne diskusjonen på et bredere grunnlag i 2018.

I 2017 er det også blitt arbeidet videre med indikatorer for HMS og ytre miljø. Indikatorene spisses for å være hensiktsmessige måleparametere, samtidig som det foregår et arbeid for utvikling av felles nasjonale indikatorer.

Særlig er det arbeidet med HMS-indikatorer knyttet til vold og trusler. Formålet er at rapportering av vold og trusler mot helsepersonell skal bli mer reell og tilpasses kjennetegn ved spesialisthelsetjenesten. Utover arbeidet med rapportering har helseforetakene iverksatt ulike forebyggende tiltak. Disse retter seg dels mot systemnivå- som kartlegging, ROS-analyse, oppdatering av prosedyrer m.m. I tillegg er det satt i gang systematisk opplæring, både i psykisk helsevern og somatikk. Temaet vold og trusler er også adressert gjennom ulike typer partssamarbeid, på seminarer og samlinger helseforetakene gjennomfører.

Regional miljøfaggruppe er et viktig nettverk for kompetanse og erfaringsdeling knyttet til miljøarbeid i helseforetakene. Nasjonalt deltar Helse Sør-Øst RHF i det interregionale samarbeidet knyttet til miljø og klima i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF utviklet i 2016 et nasjonalt elektronisk rapporteringssystem for indikatorene som gjelder ytre miljø. Rapporteringssystemet tas ved utgangen av 2017 også i bruk i de andre helseregionene. Formålet er å møte nye styringskrav fra eier knyttet til regnskapsloven og eierskapsmeldingen. Helse Sør-Øst RHF skal med dette utgangspunkt utarbeide nasjonal rapport for samfunnsansvar og HMS for året 2017.

- **Forbedringsarbeid**

Meldekultur, uønskede hendelser og håndtering av disse

Det er et overordnet mål at pasientens møte med helsetjenesten er så god som mulig. Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient, der pasienten er premissgiver for definisjon av kvalitet.

Grunnlaget for god kvalitet er at medarbeidere og brukere systematisk engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid. Utsiktede skader på pasienter i forbindelse med undersøkelse og behandling er uten sammenlikning den største risiko i helsetjenestene og representerer en betydelig del av den samlede samfunnsrisiko. Å kjenne årsakene til at uønskede hendelser oppstår er en nødvendig og uvurderlig kunnskap for å eliminere risiko og forhindre at uønskede hendelser og resultater oppstår. Ved å rapportere, analysere og vurdere risiko, kan mekanismer og forhold som bidrar til å skape uønskede resultater, avdekkes.

I Helse Sør-Øst er det et ledelsesansvar å sikre god intern kontroll for å kunne tilby forsvarlige og omsorgsfulle tjenester i tråd med myndighetskrav. Øvrige krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene skal også ivaretas. Det er videre et lederansvar å legge til rette for trygge og helsefremmende arbeidsplasser.

Det forutsetter at alle helseforetak har etablert styringssystem for virksomheten som er egnet til å sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Dette innebærer blant annet at alle helseforetak skal ha etablert hensiktsmessige systemer og prosedyrer for systematisk registrering av uønskede hendelser, forhold og resultater. Denne kunnskapen skal brukes i foretakets kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Systemer skal ha rutiner som sikrer en god dialog med ansatte, pasienter og pårørende i forbindelse med uønskede hendelser. Flere helseforetak har innført eller er i ferd med å innføre elektroniske avvikssystemer. HMS-miljøene ved helseforetakene er involvert i dette, og arbeidet med å følge opp og bruke relevante data videreføres i 2018. Eksempelvis planlegges tertialvis HMS-rapportering i 2018.

Nye regionale føringer for «håndtering av uønskede hendelser» samt retningslinje for publisering av uønskede hendelser blir gjeldende i 2018 og ligger til grunn for dette arbeidet.

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 og hvilke internkontrollkrav hendelsene er brudd på. 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 og kan i tillegg se hvilke områder med gjentakende avvik som trenger ekstra ledelsesmessig innsats. I 2017 har det vært tilsyn innfor de fleste områder, med hovedvekt på tilsyn fra brannvesen, mattilsynet og tilsyn på elektriske anlegg.

- **Forskning og innovasjon**

Siste tilgjengelige tall fra NIFU er for 2016. I disse sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 63 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,5 milliarder kroner.

Fire femdeler av ressursbruken til forskning finansieres gjennom linjen (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 2017 267 millioner kroner) fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2017 var det i overkant av 600 pågående forskningsprosjekter og -tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

Helse Sør-Øst RHF koordinerer «*Program for klinisk behandlingforskning*» (KLINBEFORSK) på vegne av de regionale helseforetakene. Programmet ble etablert i 2016 og er finansiert gjennom en egen bevilgning over Statsbudsjettet, 134 millioner kroner for 2017. Midlene finansierer tverregionale prosjekter, og utlysningen i 2017 fant sted i mai med søknadsfrist 12. oktober 2017. De regionale helseforetakenes felles vurderingskriterier for kvalitet og nytte er brukt ved søknadsvurderingen både i KLINBEFORSK og ved søknad om regionale forskningsmidler.

Antall doktorgrader per år i regionen økte tidligere jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Deretter har det vært en viss reduksjon. Dette er blant annet en konsekvens av relativt økt finansiering av forskningstiltak ut over doktorgradsnivå. Antall vitenskapelige publikasjoner har økt de siste årene. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I 2017 er det videreført særskilt satsing på forskning ved ikke-universitetssykehusene. Med utgangspunkt i egne avsatte regionale forskningsmidler ble det tildelt i alt seks strategiske doktorgradsstipend ved ikke-universitetssykehusene. Tiltaket er svært godt mottatt og vil bli videreført.

Med utgangspunkt i felles retningslinjer for de regionale helseforetakene arbeides det aktivt med å videreutvikle og styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser. Arbeidet finner sted i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Ved årets utlysning av innovasjonsmidler kom det inn søknader fra samtlige helseforetak og to ideelle private sykehus. I alt kom det inn 136 søknader, fordelt på 49 forskningsbaserte og 87 behovsdrevne innovasjonsprosjekter. Dette er det høyeste antallet søknader siden utlysningene av regionale innovasjonsmidler startet.

Helse Sør-Øst RHF ledet for andre år på rad et fellesprosjekt blant alle de regionale helseforetakene med mål å utvikle og pilotere indikatorer for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene. Dette arbeidet er forankret i oppdragsdokumentet for 2016, og har som målsetning å lede frem til et insentivsystem for innovasjonsaktivitet på linje med insentivsystemet for forskningsaktivitet.

På initiativ fra Helse Sør-Øst RHF ble det etablert en arbeidsgruppe for innovasjon på tvers av de regionale helseforetakene. Denne arbeidsgruppen skal legge til rette for bedre samarbeid om innovasjonstiltak.

- **Digitalisering og IKT**

Modernisering av IKT-infrastruktur

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 069-2016 *IKT-infrastrukturmodernisering i Helse Sør-Øst* å be Sykehuspartner inngå avtale med ekstern leverandør om drift og modernisering av regionens IKT-infrastruktur. Sykehuspartner HF fikk også i oppgave å gjennomføre avtalen. Våren 2017 ble det avdekket at det var gitt feilaktig informasjon om tilganger og informasjonssikkerhet, samt at ansatte hos ekstern leverandør hadde tilganger til Helse Sør-Østs infrastruktur som kunne gi mulighet for tilgang til helseopplysninger. Tilgangene ble beordret stengt, og det ble bestilt en uavhengig gjennomgang av PWC, som er Helse Sør-Øst RHF's eksterne revisor.

Den eksterne gjennomgangen og Helse Sør-Øst RHF's egne undersøkelser avdekket flere svakheter i prosjektet. 24. mai 2017 stilte derfor styret i Helse Sør-Øst RHF arbeidet med å modernisere infrastrukturen i bero.

PWCs gjennomgang påviste svakheter knyttet til blant annet:

- Tilgangsstyring og -kontroll
- Sporbarhet
- Ledelse og styring
- Systemet for gjennomføring av risikovurderinger fungerte ikke som den kontrollmekanismen det var ment som

PWC slår fast at alle tilganger er stengt. Videre slår PWC fast at det ikke er avdekket misbruk av eller forsøk på misbruk av tilganger til helseopplysninger. Det betyr at det er lite sannsynlig at eksterne har tilegnet seg helseopplysninger gjennom de tilgangene de har hatt.

Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner HF har iverksatt tiltak for å forbedre informasjonssikkerheten innen viktige områder:

- Arbeidet med sikkerhet og tilgangsstyring styrkes
- Risiko- og sårbarhetsanalysene forbedres
- Styring og ledelse styrkes

Sykehuspartner utreder nå to hovedalternativer for veien videre i arbeidet med standardisering og modernisering av infrastrukturen. Ett alternativ innebærer endringer av dagens kontrakt og hvor Sykehuspartner drifter dagens infrastruktur videre, mens ekstern leverandør utvikler og drifter ny infrastruktur. Det andre alternativet er å avslutte kontrakten og deretter gjennomføre moderniseringen i egen regi. Sykehuspartner må i så fall gjøre dette i samspill med private leverandører.

I begge tilfeller skal dagens infrastruktur fortsatt driftes av Sykehuspartner. Uavhengig av alternativ skal Sykehuspartner selv ha kontrollen på tilganger.

En standardisert og modernisert IKT-infrastruktur er viktig for regionen. Teknologi skal brukes til å levere bedre helsetjenester og styrke datasikkerheten. Forutsetningen er at tilganger til sensitive personopplysninger håndteres på en trygg og sikker måte. Behovet

for en standardisert og modernisert IKT-infrastruktur bekreftes også av PWC som i sin rapport anbefaler at Helse Sør-Øst fortsetter å prioritere arbeidet med sin IKT-infrastrukturmodernisering.

Forsinkelsene i arbeidet med moderniseringen av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst har, sammen med prioriteringen av aktiviteter knyttet personvern og informasjonssikkerhet, medført forsinkelser i andre planlagte utviklingsaktiviteter og endringer bestilt fra helseforetakene. Årsakene til dette er delvis at kapasitet hos Sykehuspartner er begrenset og delvis at planlagte aktiviteter er avhengige av valg av løsninger i arbeidet frem mot en fremtidig modernisert IKT-infrastruktur.

IKT- løsninger utviklet til nytt østfoldsykehus regionaliseres

Det ble lagt ned et betydelig arbeid i utvikling av nye regionale IKT-løsninger til nytt østfoldsykehus. Ambisjonen er at dette utviklingsarbeidet skal komme hele regionen til nytte. Det er utviklet innovative løsninger med nye arbeidsprosesser, spesielt knyttet til kurve- og medikasjonsløsning, laboratoriedatasystem, selvbetjeningsløsninger og mobilitet. Gevinster vil realiseres etter hvert som de regionale IKT-løsningene innføres ved flere helseforetak.

Regionale IKT- løsninger videreutvikles og standardiseres

Helse Sør-Øst RHF arbeider videre med standardisering av elektronisk pasientjournal. Standardisert regional PAS/EPJ-løsning er så langt innført ved Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark, Vestre Viken og Betanien Hospital. Arbeid med standardisering pågår ved Sørlandet sykehus og er påbegynt ved Sykehuset Østfold.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med Helse Vest RHF og Helse Nord RHF utarbeidet en felles plan for videre utvikling av EPJ. Denne planen vil bli oppdatert i løpet av 2018.

IKT-løsning for medikamentell kreftbehandling er tatt i bruk ved Oslo universitetssykehus (lokalisasjon Ullevål), Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Østfold. Regionalt kur-bibliotek med støtteinformasjon er tilgjengelig for alle helseforetak.

Nasjonal kjernejournal er innført ved alle helseforetak i regionen.

Regional kurve- og medikasjonsløsning

En felles elektronisk kurve- og medikasjonsløsning innebærer at informasjon om diagnose, parametre som temperatur, puls, blodtrykk, væskebalanse etc., samt medikamenter til inneliggende pasienter samles i én elektronisk kurve på tvers av fagområder. Løsningen understøtter lukket legemiddelsøyfe hvor informasjon sikres om hvem som gir hvilket medikament til hvilken pasient og til hvilket tidspunkt. Dette bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom redusert risiko for feilmedisinering og uønskede hendelser. Erfaringene fra Sykehuset Østfold viser at en elektronisk kurve- og medikasjonsløsning fremstår som et effektivt hjelpemiddel i den kliniske virksomhetene og reduserer risiko for feilmedisinering.

Elektronisk kurveløsning med regional konfigurasjon er i drift ved Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold. Lukket legemiddelsøyfe er pilotert ved Sykehuset Østfold og videre innføring gjennomføres

lokalt. Det er besluttet å gjennomføre en anskaffelse av regional kurve- og medikasjonsløsning for resterende helseforetak og anskaffelsesprosess pågår.

Regionalt laboratoriedatasystem

Gjennom prosjekt regionalt laboratoriedatasystem innføres ett felles regionalt laboratoriedatasystem som dekker de fire fagområdene; medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi, patologi og blodbank. Et felles laboratoriedatasystem i Helse Sør-Øst skal styrke laboratorienes evne til å understøtte en helhetlig og god pasientbehandling gjennom å:

- Øke grad av standardisering og forenkle arbeidsprosessene
- Understøtte best mulig faglig kvalitet og krav til kvalitetsarbeid og akkreditering.
- Bedre informasjonsflyt og prøvelogistikk, samt forenkle integrasjon mot andre IKT-systemer i helseforetakene.

Prosjektet har så langt innført regional laboratorieløsning for fagområdene medisinsk biokjemi, mikrobiologi og patologi ved Sykehuset Østfold. Det er vedtatt å innføre regional løsning innen fagområdet patologi til alle helseforetak. Dette arbeidet pågår.

Regional radiologiløsning

Helse Sør-Øst har siden 2013 arbeidet med innføring av pilot for regional radiologiløsning ved Sykehuset Innlandet. Prosjektet har vært utfordrende. Selv om løsningen ble satt i drift i 2016 er det fortsatt mangler og feil. Basert på erfaringene så langt vurderes det alternative strategier for at helseforetakenes behov innenfor dette fagområdet skal dekkes på en best mulig måte.

Regionale løsninger for forskning

I Helse Sør-Øst har det vært nedlagt et 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) 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 med slike løsninger for forskning avhenger av realisering av den generelle infrastruktur-løsningen. Forsinkelsene i arbeidet med moderniseringen av IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst har også medført forsinkelser i arbeidet med videre utvikling av IKT-tjenestene for forskning.

Regional ERP-løsning

Regional ERP-løsning er nå etablert ved Akershus universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Østfold, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Alle faglige avklaringer mellom Oslo universitetssykehus, øvrige helseforetak og Helse Sør-Øst RHF om tilpasninger i den regionale løsningen er ferdigstilt.

RISIKOVURDERING FOR HELSEFORETAKSGRUPPEN

I arbeidet med 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 styret og ledelse til å identifisere hvilke områder som bør ha størst prioritet i kommende periodes internkontrollarbeid. Videre vil risikovurderingen gi grunnlag for 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 2017 bygger på tidligere risikovurderinger for foretaksgruppen. For alle områder gjøres en vurdering av sannsynlighet for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt eller at et område skal ha uønsket utvikling. Dette gjennomføres sammen med en vurdering av konsekvens dersom resultatet blir dårlig. Metodikken bygger på at vurderingene av sannsynlighet og konsekvens må gjøres uavhengig av hverandre. 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 2017 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 2017 slik at unødvendig venting er redusert og arbeidet med å redusere variasjon i kapasitetsutnyttelsen er godt i gang. Psykisk helsevern og TSB 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 2018.

Risikokart etter tredje tertial 2017						
Sannsynlighet	5					
	4			6	7 8	
	3			2 3 4		
	2			1 5		
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

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

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

Fargekode	
Rød	Kritisk
Oransje	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

• Risikoområder vurdert til lav risiko, rapporteres ikke.

Risikoområdene:

- 1 Pasientbehandling, fagutvikling og kvalitet
- 2 Pasientsikkerhet, HMS og arbeidsmiljø
- 3 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på regionalt nivå
- 4 Utdanning, kompetanse og rekruttering
- 5 Økonomisk handlingsrom
- 6 Intern styring og kontroll
- 7 Modernisering og digitalisering av helsetjenesten
- 8 IKT-infrastruktur og informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst

INTERN REVISJON

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon. Formålet er å bistå styret og ledelsen i det regionale helseforetaket og i helseforetakene 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 2017 blir fremlagt for styret i «Årsrapport 2017 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF», som behandles i møte 8. mars 2018. Konsernrevisjonens årsrapport blir tilgjengelig på www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen.

Pasientbehandling og pasientforløp har vært et hovedområde for konsernrevisjonen i 2017. Det er gjennomført fem revisjoner som har undersøkt hvordan helseforetakene arbeider med å gi pasientene likeverdige utrednings- og pasientforløp og forutsigbarhet gjennom pasientforløpet. Revisjonene viser at sykehusene arbeider med å legge til rette for gode pasientforløp. Likevel fremkom det at svakheter ved planlegging og oppfølging av pasientforløpene gir risiko for uberettiget variasjon innenfor sammenlignbare pasientgrupper.

Introduksjon av nye legemidler og endringer i finansieringsordningene har medført økte legemiddelkostnader for helseforetakene. Konsernrevisjonen har i 2017 gjennomført to

revisjoner hvor det er undersøkt om helseforetakene har tilfredsstillende kontroll med anvendelsen av nye legemidler og om det ble sikret korrekt koding av legemidler. Revisjonene viste at det er behov for å styrke internkontrollen med ibruktakelse av nye legemidler og koding av legemidler.

I 2017 har konsernrevisjonen videreført et perspektiv med fokus på hvordan revisjonsrapportene bidrar til forbedring og læring. Det er gjennomført to revisjoner der det er undersøkt 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 til andre deler av helseforetaket eller regionen, dvs. om det gir læring på tvers. Revisjonene viste at helseforetakene i ulik grad har etablert et system for å følge opp tiltaksarbeidet etter revisjoner.

Konsernrevisjonen har videre gjennomført flere revisjoner av private leverandører innenfor TSB. Hos to leverandører har konsernrevisjonen undersøkt hvordan disse håndterer avbrudd i behandlingen og utskrivning til kommunene. Revisjonene viste at krav og føringer for avbrudd og utskrivning ikke ble tilstrekkelig etterlevd.

1.3 BRUKERUTVALGETS UTTAELSE TIL ÅRLIG MELDING 2017

Brukerutvalget v/arbeidsutvalget deltar i Helse Sør-Østs arbeid med hovedprosesser. Dette skjer 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 2017. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 6. og 7. mars 2018. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av hovedtrekkene som fremkommer i resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

REGIONALE UTVIKLINGSOMRÅDER

Brukerutvalget har vært involvert i arbeidet med å legge regionale føringer for helseforetakenes utviklingsplaner. Helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten har vært spesielt vektlagt fra brukerutvalgets side. Det er tilfredshet med at rehabilitering, habilitering, psykisk helse og TSB, samt prehospitale tjenester er blant områdene som har fått stor oppmerksomhet. Brukerutvalget er også fornøyd med at utviklingsplanene skal beskrive hvordan nye arbeidsformer og modeller, som gir fleksibilitet og større grad av pasientmedvirkning på individnivå, kan tas i bruk. Videre er det positivt at det er stilt krav om brukerinvolvering i helseforetakenes arbeid, noe brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF har fått bekreftet har skjedd. Brukerutvalget vil bidra i det videre arbeidet med sikte på en framtidsrettet og brukertilpasset regional utviklingsplan.

Brukerutvalget har gitt innspill til den regionale strategien for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS for 2018-2020. Brukerutvalget ser positivt på at planen er konsentrert om de viktigste innsatsområdene for å virkeliggjøre «Pasientens helsetjeneste» og at det skal satses spesielt på styrket pasientrolle og reduksjon av uønsket variasjon med sikte på utvikling av likeverdige og rettferdig fordelte helsetjenester. Kvalitetsorientert ledelse ses på som en viktig forutsetning i arbeidet med HMS, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

KONSERNREVISJON

Brukerutvalget ser god nytte av revisjonens innsatsområder innen pasientbehandling i 2017. Brukerutvalget har merket seg at det er variasjon mellom helseforetakene i hvordan de følger opp anbefalingene fra Konsernrevisjonen og ber igjen om at Helse Sør-Øst RHF følger opp at revisjonenes anbefalinger blir fulgt opp. Det er også viktig at kunnskap og erfaringer deles med alle helseforetakene innen de reviderte områdene. Brukerutvalget har gitt innspill til flere aktuelle revisjonsområder for 2018 med blant annet innen tilbud til barn og unge, samhandling og samvalg og ambulante tjenester.

KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

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 for kreft er fulgt nøye. Det er positivt at arbeid med pakkeforløp nå er startet innen flere diagnoseområder. Brukerutvalget forutsetter at pakkeforløpene omfatter hele pasientforløpet, «fra hjem til hjem».

Samvalg, informasjon og kommunikasjon

Styrket pasientrolle er et av tre hovedinnsatsområder for revidert regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS og at pasientinformasjon og -opplæring, samvalg og kommunikasjon skal være satsningsområder for perioden. Brukerutvalget er positive til dette og vil bidra i og følge opp dette arbeidet.

Brukerutvalget er opptatt av at pasientens behov, verdier og kompetanse skal tillegges vekt på lik linje med fagfolkenes kompetanse. Når det er flere forsvarlige behandlingsmetoder og pasientene selv ønsker det, skal pasienten og ev pårørende, gjennom samvalg kunne ta informerte valg om behandlingsmetode. Pasienter som velger behandling sammen med behandleren vil oppleve større eierskap til behandlingen, det vil gi bedre utsikter til etterlevelse og overbehandling vil kunne unngås. Helse Sør-Øst RHF's satsning på samvalg er etter brukerutvalgets mening strategisk viktig for å oppfylle pasientrettighetslovens intensjoner og realisere «Pasientens helsetjeneste».

Pasientskader

Brukerutvalget merker seg at det er en liten nedgang i infeksjoner i sykehusene, men at det regionale målet på under tre prosent fortsatt ikke er nådd. Brukerutvalget påpeker at ansvar for pasientsikkerhet og systematisk forbedringsarbeid er et ansvar for ledelsen i alle ledd. Brukerutvalget har merket seg at det arbeides med infeksjonsforebygging, men også at det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene. Dette må fortsatt gis oppmerksomhet, blant annet gjennom Regional smittevernplan.

Brukerutvalget ser med bekymring på faren for antibiotikaresistens og merker seg at mål for reduksjon av den samlede bruken av bredspektret antibiotika ikke er nådd for Helse Sør-Øst. Alle helseforetak har iverksatt antibiotikastyringsprogram. Brukerutvalget forutsetter at Helse Sør-Øst RHF følger utviklingen nøye, også i 2018.

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, skal ivaretas.

Digital fornying

Brukerutvalget tar til orientering at IKT-satsningen har gitt Helse Sør-Øst betydelige utfordringer i 2017. Brukerutvalget støtter Helse Sør-Øst RHF i at arbeidet med IKT-infrastruktur-modernisering ble stilt i bero og at alle sider ved Digital fornying gjennomgås.

Brukerutvalget forventer likevel at Helse Sør-Øst RHF fortsetter sin innsats innen Digital fornying i retning av gode og trygge løsninger som ivaretar pasient- og informasjonssikkerhet og kommunikasjonen gjennom pasientforløpet.

Brukerutvalget er opptatt av at arbeidet med å gi alle pasienter i helseregionen tilgang til egen journal (EPJ) og timeadministrasjon 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. Elektroniske pasientrettede løsninger og selvbetjeningsautomater må være universelt utformet. Samtidig minnes det om at ikke alle kan nyttiggjøre seg av elektronisk kommunikasjon, og at det derfor må være gode systemer for tradisjonell kommunikasjon.

Pasientadministrative rutiner

Det er avgjørende at sykehusene har kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. At pasienter blir glemt i systemet er uakseptabelt. Digitale løsninger er viktig, men minst like viktig er riktig bruk av løsningene og at det også finnes supplerende gode manuelle rutiner. Brukerutvalget påpeker at det fortsatt må arbeides for økt forutsigbarhet for pasientene ved at pasientene får bekreftelse på mottak av henvisning og timeavtale i samme brev.

Korridorpasienter – beleggsprosent

Brukerutvalget registrerer at det er en svak nedgang i antallet korridorpasienter, men at det er stor ulikhet mellom helseforetakene. De fleste pasienter vil oppleve det som uverdige å ligge på korridor, og det er ikke i tråd med god pasientbehandling. Brukerutvalget støtter at andel korridorpasienter følges opp månedlig. Brukerutvalget merker seg at Helsedirektoratets indikator for registrering av korridorpasienter ikke inkluderer ekstra pasienter på ordinære sengeplasser eller på sengeplasser som er tatt ut av drift. Brukerutvalget mener således at indikatoren ikke viser det totale utfordringsbildet med overbelegg. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF gå igjennom beleggsprosenten i de enkelte helseforetakene. Å beregne etter 90 % kan etter brukerutvalgets oppfatning føre til at det blir flere korridorpasienter.

Utsending av epikriser

Sykehusene er fortsatt langt unna å nå måltall for utsending av epikriser, som er 100 % innen 7 dager. Det er stor variasjon mellom helseforetakene. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF om å følge opp de enkelte helseforetakene og også følge utviklingen mellom tjenesteområdene. Rask tilgang til epikrise er viktig for pasientsikkerhet, samhandling og mulighet for egenoppfølging. Brukerutvalget ønsker at alle pasienter skal få kopi av epikrise og at de får med denne når de forlater sykehuset.

Kompetanseutvikling

Helse Sør-Øst RHF har også i 2017 arbeidet med ny ordning for utdanning av LIS-leger, og brukerutvalget har deltatt i arbeidet og fulgt det nøye. Brukerutvalget er opptatt av at opplæring i kommunikasjon, samvalg og helsepedagogikk/pasient- og pårørendeopplæring gis prioritet.

Forskning og innovasjon

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon og mener det må legges stor vekt på at gode forskningsresultater overføres til praksis. Interregionale retningslinjer for brukermidvirkning i forskning ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst i 2015. Brukerutvalget merker seg at det arbeides aktivt med å styrke brukermidvirkningen 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 er således positive til at det under ledelse fra Helse-Vest RHF arbeides med å lage en praktisk orientert veileder som supplerer de interregionale retningslinjene for brukermidvirkning i forskning. Representant for brukerne deltar i dette arbeidet.

PASIENTRETTIGHETER OG VENTETIDER

Pasientrettigheter

Norske pasienter har gode og lovfestede rettigheter. Brukerutvalget mener det er stort behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, slik som Pasient- og brukerombudene har påpekt. Pasientene må få riktig og forståelig informasjon om sine rettigheter i alle steg i pasientforløpet. Fastleger må mer aktivt oppfordres til å gi pasientene informasjon om valgmuligheter, blant annet om valg av behandlingssted og valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder. Brukerutvalget ønsker at det utarbeides en informasjonsfolder om rett til informert valg, samvalg, som skal være lett tilgjengelig på alle poliklinikker og fastlegekontor.

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

Brukerutvalget forventer at Helse Sør-Øst RHF har en tettere oppfølging av kontaktlegeordningen i 2018.

Brukerutvalget beklager at «den gylne regel» om høyere prioritering av TSB og psykisk helsevern fortsatt ikke er nådd. Det er videre bekymring for ventetider og avslag på henvisninger innen TSB og psykisk helsevern, og spesielt innen psykisk helsevern for barn og unge. Oppmerksomhet bør vies barne- og ungdomspsykiatriske tjenester til barnevernsbarn og samhandlingen med kommunehelsetjenesten om det samlede tjenestetilbudet til disse barna og ungdommene.

Brukerutvalget har merket seg innsatsen fra Helse Sør-Øst RHF 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 pasientrettigheter 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 tilgjengelighet for alle.

Ventetider

Brukerutvalget merker seg at det fortsatt er positiv utvikling i indikatorer på ventetider. Brukerutvalget har fulgt utviklingen for indikatoren «passert planlagt tid» med stor interesse. Den er fortsatt for høy. Brukerutvalget merker seg at Helse Sør-Øst RHF også i 2018 vil prioritere arbeidet med å redusere antall pasienter med passert planlagt tid. Målet må være å unngå all venting som ikke er faglig begrunnet. Også antall og andel fristbrudd må følges i 2018. Brukerutvalget følger utviklingen innen Barne- og ungdomspsykiatrien med stor interesse.

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. Utvidet åpningstid vil også være bedre tilpasset pasienter og pårørende som er i arbeid. Brukerutvalget støtter arbeidet for å sikre fremtidig kapasitet og gode nasjonale, regionale og lokale tjenester i hovedstadsområdet.

ET KOORDINERT HELSETILBUD

Samhandling

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må fortsatt prioriteres høyt. Prosedyrer for «Trygg utskrivning» må følges. Brukerutvalget mener at sykehusene i større grad må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å overta en del oppgaver fra sykehusene, og sette høyere krav, noen ganger med tidsfrister til kommunene.

Brukerutvalget er fortsatt bekymret for at for mange pasienter med store og sammensatte behov ikke får den oppfølgingen de trenger i kommune- og spesialisthelsetjenesten samlet sett.

Brukermedvirkning

Pasienter, pårørende og deres organisasjoner er de viktigste endringsagentene for «Pasientens helsetjeneste». Felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i

alle helseregioner ble vedtatt tidlig i 2017. Dette danner grunnlag for mer lik praksis i hele landet. Samvalg, kommunikasjon, opplæring og informasjon er særdeles viktig for å sikre brukermedvirkning på individnivå. Brukerutvalget er ut over dette opptatt av at det på ulike områder blir etablert flere piloter med brukerstyrte poliklinikker og brukerstyrte senger og at omfanget av ambulante tjenester øker, slik at flere får behandling nært der de bor. Brukerutvalget ser positivt på at Helse Sør-Øst RHF aktivt følger opp og bidrar til oppmerksomhet på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring.

AVSLUTNING

Brukerutvalget slutter seg til at det har vært en positiv utvikling, også i 2017 selv om mange mål fortsatt ikke er nådd. 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 resultater. Dette er godt grunnlag for videre arbeid med å utvikle «Pasientens helsetjeneste».

2. RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT

2.1 REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN

Mål 2017

- *Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.*

Tilgjengelighetsarbeidet foregår i all hovedsak i helseforetakene, som gjør en betydelig innsats for å nå de fastsatte målene. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF sikret ledelsesmessig oppmerksomhet i helseforetakene gjennom forankring, felles mål og oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Samlet ventetid for alle tjenesteområder for pasienter med helsehjelp påstartet var i 2017 på 57 dager. Dette er en reduksjon på 2 dager i forhold til samme periode året før. Med dette resultatet innfridde Helse Sør-Øst kravet om gjennomsnittlig ventetid under 60 dager.

Av årlig melding fra helseforetakene fremgår det at status for ventetider varierer mellom og innen helseforetak/fagområder, men at den positive utviklingen fra tidligere år fortsetter. Helseforetakene har fortsatt stor oppmerksomhet på å redusere ventetider, og det er iverksatt en rekke tiltak.

Driverne for ventetider varierer mellom og innen helseforetakene/fagområdene, og tiltakene vil variere i henhold til dette. Tiltak som går igjen er:

- Ulike grep for å øke poliklinisk aktivitet (blant annet øke legebemannning i poliklinikk, bedre ressursplanlegging)
- Forbedring av poliklinisk drift (bedre arbeidsprosesser, logistikk, planlegging)
- Standardisering av pasientforløp
- Mer bruk av avtalespesialister
- Forbedring av henvisningspraksis og prioriteringsveiledere
- Tiltak for å redusere antall pasienter som ikke møter

Det er igangsatt arbeid med regionale, faglige anbefalinger for poliklinisk oppfølging og kontroller av de største pasientgruppene innen nevrologi, øye, plastikkirurgi og ortopedi. Anbefalingene skal bidra til å:

- Gjøre det enklere å gi pasientene en faglig god og likeverdig oppfølging i regionen
- Bidra til å opprettholde den gode utviklingen innen ventetider/fristbrudd
- Harmonisere pasientforløpene
- Forbedre regionens samlede kapasitetsutnyttelse

Gjennom arbeidet med kvalitet i ventelisterregistrering er det gjennomført en rekke tiltak for å bedre pasientadministrative rutiner både lokalt og regionalt. Rydding i ventelister, standardisering og kvalitetssikring av arbeidsprosesser og opplæring har vært de viktigste tiltakene. Det har vært tett samarbeid med Regionalt senter for kliniske

IKT-løsninger (RSKI), Fagnettverk Regional EPJ og Informasjonstjenesten Velg behandlingssted i dette arbeidet.

- *Ingen fristbrudd.*

Helse Sør-Øst hadde en fristbruddandel på 1,6 prosent for pasienter som fikk sin helsehjelpen påstartet i 2017. Dette er en liten økning sammenlignet med 2016 da andelen var 1,2 prosent. Sammenlignet med andre helseregioner har Helse Sør-Øst fortsatt den laveste fristbruddandelen, men utviklingen går ikke i den retningen regionen ønsker.

Hovedtyngden av innsatsen for å fjerne fristbrudd gjøres i helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har oppfølgingsmøter med helseforetakene der dette følges opp. Av helseforetakenes årlige meldinger fremgår det at helseforetakene fortsatt arbeider aktivt for å redusere fristbrudd. Til tross for dette er det fortsatt fristbrudd, og det varierer mellom og innen helseforetak/fagområder hvor fristbruddene er og årsaker til dette. Blant annet har det for noen avdelinger vært økning i antall henvisninger som har gitt kapasitetsutfordringer, for andre avdelinger er det utfordringer med registrering/oppfølging, og for andre igjen er det personellmangel.

Det fremgår av helseforetakenes årlige meldinger at det er iverksatt en rekke tiltak for å redusere fristbrudd, uansett årsaken til disse. Blant annet kan nevnes:

- Arbeid med henvisningspraksis
- Kvalitetssikring av prosesser i forhold til registrering og oppfølging av fristbrudd (opplæring, prosedyrer)
- Bedre ressursplanlegging
- Utnytte kapasitet på tvers mellom/innen helseforetak
- Utnytte kapasitet hos avtalespesialister

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

Måloppnåelse er 73,1 prosent. Tiltak som har vært iverksatt er opplæring i koding og monitorering.

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

Helse Sør-Øst oppnådde i 2017 65 prosent måloppnåelse. Områder hvor måloppnåelse er vanskelig er lungekreft, gynekologisk kreft og prostata kreft. Målrettede tiltak er iverksatt med innsatsteam som bistår Oslo universitetssykehus og pilotering av 3-strøms MDT-møter (multidisciplinære team-møter) mellom sykehusene i regionen.

- *Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver.*

Tilgjengelighetsarbeidet foregår i all hovedsak i helseforetakene, som gjør en betydelig innsats for å nå målene for arbeidet. I tillegg arbeider Helse Sør-Øst RHF med ledelsesmessig forankring gjennom å innarbeide felles mål og vektlegge disse i oppfølgingsmøter med helseforetakene.

Som svar på tilleggsdokument til oppdragsdokument 2015, tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet, er det igangsatt en rekke tiltak. Helse Sør-Øst RHF har den forbindelse deltatt i en interregional arbeidsgruppen (AIM - arbeidsgruppe for indikatorer og metodeutvikling) som arbeider med oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet. AIM har utarbeidet et sett med indikatorer for å se på regionale forskjeller og unødig variasjon i kapasitet og effektivitet. Ortopedi ble utpekt som ett av to prioriterte fagområder på grunn av indikasjoner på at området hadde store variasjoner og muligens en samlet overkapasitet. Mye av kunnskapen om uønsket variasjon er hentet fra dette fagområdet og systematisert for bruk innen andre fagområder. I tråd med tilleggsdokumentet har Helse Sør-Øst RHF også etablert regionalt innsatsteam som understøtter lokal ledelse i helseforetakene i omstillings- og endringsprosesser.

Andre oppgaver 2017

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering som er ventet publisert 1. februar 2017.*

Det er gjennomført en rekke tiltak knyttet til pasientadministrative rutiner for å bedre kvalitet i ventelisteregistrering. Rydding i ventelister, standardisering og kvalitetssikring av arbeidsprosesser og opplæring har vært de viktigste tiltakene. Det har vært tett samarbeid med Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger (RSKI), Fagnettverk Regional EPJ og Informasjonstjenesten Velg behandlingssted i dette arbeidet. Rapporten fra Helsedirektoratet er gjennomgått og danner grunnlag for ytterligere forbedringsarbeid.

- *Helse Sør-Øst RHF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.*

Pakkeforløp hjerneslag fase 1 ble lansert 18. desember 2017. Registreringen av pakkeforløp skal skje gjennom registrering i Norsk hjerneslagregister. Helseforetakene har i dag gode rutiner knyttet til registeret. Helse Sør-Øst RHF har bedt alle helseforetak om å starte fortløpende registrering fra 1. februar 2018. Det skal vurderes ulike regionale tiltak for å understøtte innføringen.

- *De regionale helseforetakene skal, i samråd med Helsedirektoratet, vurdere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter. Tiltakene skal også inkludere private med godkjenning gjennom fritt behandlingsvalgordningen, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene. Som grunnlag for vurdering av tiltakene, skal det gjennomføres en kartlegging og analyse av årsakene til at samhandlingen ikke er tilfredsstillende. Helse Sør-Øst RHF leder arbeidet. Forslag til tiltak skal legges fram for departementet innen 1. juni 2017.*

Etter avtale med Helse- og omsorgsdepartementet ble fristen for å legge frem tiltak utsatt til 16. juni 2017. I rapporten som ble oversendt på vegne av de regionale helseforetakene ble det lagt til grunn at oppdraget gjelder forholdet mellom helseforetak og private institusjoner med avtale med et regionalt helseforetak. Det er overfor disse private aktørene de regionale helseforetakene kan påvirke samarbeidet med og bruken av private avtaleparter.

Med dette utgangspunkt ble det utarbeidet en spørreundersøkelse til alle helseforetak og alle private aktører med avtale med et regionalt helseforetak. Helseledelsen ble informert om undersøkelsen og ga innspill til noen av spørsmålene som ble inkludert.

Undersøkelsen ble gjennomført som Questback til stedlige ledelse ved de private avtalepartene og kliniksjefer/divisjonsdirektører ved helseforetak med anmerkning om at den kunne videresendes internt i de ulike institusjonene. Det er derfor vanskelig å definere hvor mange som samlet fikk undersøkelsen tilsendt.

Det kom inn i alt 150 svar, hvorav 85 fra private avtaleparter og 65 fra helseforetak og regionale helseforetak. Av de 150 respondentene var 12 fra Helse Nord, 18 fra Helse Midt-Norge, 34 fra Helse Vest og 86 fra Helse Sør-Øst.

De registrerte svarene var i overensstemmelse med tidligere erfaringer og kunnskap. En kortfattet oppsummering av resultatene fra spørreundersøkelsen fulgte som vedlegg til rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet. Det er også tatt inn eksempler på tiltak som er iverksatt for å bedre samarbeidet mellom private avtaleparter og helseforetak samt for å bedre rammebetingelser for privat virksomhet:

- Etablering av løpende eller mer langsiktige avtaleforhold med private avtaleparter hvor det er funnet grunnlag for å ha avtaler av en viss varighet
- De private avtalepartene har enkelte steder vært inkludert i helseforetakenes plan- og utviklingsarbeid
- Private avtaleparter har innenfor enkelte områder vært inkludert ved utarbeidelse av regionale planer
- Det er lagt inn fleksibilitet i avtalene i form av opsjoner for avtalelengde og volum
- I Helse Sør-Øst er helseforetakene gitt mulighet til å gjøre avrop på inngåtte avtaler innen utvalgte områder eller gjennomføre tilleggsanskaffelser ved særskilte behov
- Det er mange steder etablert regionale vurderingsenheter for å kvalitetssikre rettighetsvurderingene og bedre oversikten over behandlingsoverenskomstene også hos private avtaleparter
- I en del avtaler er det nå innarbeidet en plikt både for helseforetakene og private avtaleparter til å delta på samarbeidsmøter /fagmøter etc.
- *De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helseledelsen, skal i løpet av første halvår 2017 gjennomføre en informasjonskampanje for å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til pasientrådgivere og nettsiden «Velg behandlingssted».*

Det ble gjennomført en nasjonal informasjonskampanje i perioden 19. mai til 4. juni 2017. Målgruppene var pasienter (hovedmålgruppen: alder 50+) og helsepersonell.

Informasjon ble formidlet via sosiale medier, nasjonale hjemmesider og helseforetakenes egne nettsider. I tillegg ble direkte telefonnummer til informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* innarbeidet i helseforetakenes brevmaler.

Nullpunkt- og effektmåling viser at resultatet av informasjonskampanjen var økt kjennskap i befolkningen til informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* og pasientrådgiverne. Hovedårsak for økt antall telefonhenvendelser til informasjonstjenestens direktenummer oppgis å være at telefonnummeret er

tilgjengelig i helseforetakenes svarbrev på henvisning til pasienter. Målingene viser ingen signifikant økning i telefonhenvendelser fra helsepersonell.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til:*
 - *Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:*
 - *Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.*
 - *Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.*
 - *Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*
 - *Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.*
 - *Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.*
 - *De regionale helseforetakene skal 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.*
 - *Oppfølging av systematiske sammenlikninger mellom sykehus av dagbehandling for behandlinger/pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for de prosedyrer/pasientforløp som de regionale helseforetakene har pekt på i sin rapport til departementet av 25. november 2016.*

Den nasjonale arbeidsgruppen for utvikling av indikatorer og metodeutveksling (AIM) anbefalte i 2016 innføring av 5 indikatorer knyttet til variasjon og forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet mellom helseregionene. I 2017 ble disse indikatorene publisert av Helsedirektoratet.

Tall per 3. tertial 2017 viser at 8,4 prosent av alle planlagte pasientkontakter i Helse Sør-Øst skjer etter planlagt tid. Andelen er blant de laveste i alle helseregioner. Fagområder som har flest brudd er hjertesykdommer, øye og øre-nese-halssykdommer.

I Helse Sør-Øst følges helseforetakene opp på indikatoren månedlig. En regional versjon av indikatordefinisjonen er utarbeidet slik at helseforetakene selv kan følge opp passerte pasientkontakter lokalt. Andel pasienter som er vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er en indikator som er møtt med stor interesse. Det er imidlertid knyttet store utfordringer til datakvaliteten på indikatoren. Disse utfordringene er blant annet behandlet i Helsedirektoratets rapport om ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626), publisert i mai 2017 (<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-av-ventetidsregistrering-i-spesialisthelsetjenesten>).

Helsedirektoratet har publisert andel avviste for to fagområder, ortopedi og psykisk helsevern. Innenfor ortopedi er andel avviste per 2. tertial 2017 rundt 4 prosent, hvilket er ned fra 7 prosent sammenlignet med samme periode i 2016. For psykisk helsevern er andelen 24 prosent som også er en nedgang fra 34 prosent. Helsedirektoratet presiserer at det er fortsatt knyttet stor usikkerhet til tallene og det arbeides både nasjonalt og lokalt for å sikre riktig uttrekk og beregning av indikatoren. Blant annet vil rapportering

av den seneste versjonen av NPR-meldingen til Helsedirektoratet gjøre at tallene vil bli mer korrekte.

Indikatoren andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet viser om det er stor variasjon i antall nyhenviste innen fagområdet ortopedi

Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial viser at Helse Sør-Øst er blant de helseregionene som har lavest andel nyhenviste til fagområdet ortopedi (rundt 19 prosent). Helse Nord er høyest med 31 prosent. Det er knyttet noe utfordringer til tallmaterialet for faget ortopedi.

Indikatoren andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet, viser i hvor stor grad sykehusavdelingene har mye av sin aktivitet bundet i kontroller av behandlede pasienter. Det pekes på at det er knyttet stor usikkerhet til registrering av kontroller. Usikkerheten er både knyttet til forståelsen av hva som faktisk er kontroll og forskjeller mellom ulike pasientadministrative systemer. Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at Helse Sør-Øst har en andel på 45 prosent som er det samme som året før. Dette er noe høyere enn de andre helseregionene med unntak av Helse Midt-Norge som har høyest andel med 58 prosent. Ulikheter i pasientadministrative systemer og registreringspraksis er sannsynlige forklaringsfaktorer på den variasjonen som finnes mellom helseregionene.

Indikatoren andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted viser andelen aktivitet som utføres ambulant. Bruk av ambulant behandling kan ha en forebyggende effekt i psykisk helsevern samtidig som det gjør at man når ut til flere pasienter som av ulike årsaker ikke kan komme til behandlingsstedet.

Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at andel ambulant virksomhet i Helse Sør-Øst ligger på 7 prosent. Helse Sør-Østs andeler er lavest av alle helseregioner. Det er forholdsvis små variasjoner mellom helseregionene, Helse Midt-Norge er høyest med 10 prosent.

I 2017 er det innført aktivitetsbasert finansiering (ISF) for deler av psykisk helsevern og TSB. Blant det som omfattes er også ambulant aktivitet. Foreløpig synes det å gi lite utslag på statistikken.

- *De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal innen medio oktober 2017:*
 - *Utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kobler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorer.*
 - *Arbeide videre med de 5 indikatorene som ble foreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjoner, samt for å innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene*
 - *Foreta systematiske sammenligninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer/forløp med forbruk av de samme prosedyrene/forløpene på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i dette arbeidet.*
 - *Legge fram en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse*

Helse Midt-Norge RHF har AIM-prosjektet der alle regioner har deltatt. Prosjektet har hatt en bredt sammensatt styringsgruppe, og en referansegruppe der både tillitsvalgte og brukere har deltatt. Både Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, SKDE og kvalitetsregistermiljøet har bidratt i arbeidet. Etter godkjenning av de fire administrerende direktørene, ble rapporten oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2017, i tråd med oppdraget.

Hovedkonklusjoner i rapporten er at arbeidet med å utvikle indikatorer (både de som er identifisert og nye) bør fortsette. I rapporten presiseres det at nasjonale indikatorer viser *observert variasjon*, men at en er avhengig av lokale data og et lokalt analysearbeid for å identifisere hva som er *uønsket variasjon*. Å identifisere uønsket variasjon er en viktig inngang til lokalt forbedringsarbeid.

Rapporten understreker at i alt forbedringsarbeid er det viktig å ha perspektiv både på «indre effektivitet», dvs. for den enkelte enhet, og på «ytre effektivitet», dvs. i et populasjonsperspektiv.

2.2 PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Mål 2017

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpspsykiatriske 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).*

Gjennomsnittlig ventetid

For pasienter som har fått helsehjelpen påstartet, er gjennomsnittlig ventetid innen somatikk redusert med 4,2 prosent sammenlignet med forrige år. Dette forklares blant annet med arbeid knyttet til reduksjon av antall langtidsventende.

For de øvrige tjenesteområdene vises en liten økning i ventetid sammenlignet med 2016, men gjennomsnittlig ventetid er fortsatt betydelig lavere innen disse tjenesteområdene enn innen somatikk.

Målet om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ikke innfridd for gjennomsnittlig ventetid i 2017.

Kostnader

Foreløpige tall for 2017 viser at Helse Sør-Øst har en større vekst i kostnader innen psykisk helsevern for voksne og barn og unge hver for seg enn innen somatikk. Imidlertid vises en liten nedgang i kostnader innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og målet er derfor ikke innfridd i 2017.

Årsverk

Antall månedsverk viser en vekst innen somatikk sammenlignet med 2016, mens det er en liten nedgang innen psykisk helsevern. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er antall årsverk tilnærmet uendret fra 2016. Målet er derfor ikke innfridd i 2017.

Aktivitet (polikliniske konsultasjoner)

I 2017 ble det innført ISF-finansiering for poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rapporterte polikliniske konsultasjoner i 2017 er antall ISF-godkjente opphold, mot tidligere antall HELFO-godkjente konsultasjoner. Som en følge av endret regelverk og endret registrering, er ikke antall polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling sammenlignbart med antallet rapportert i 2016.

- *I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelses innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.*

Reduksjon i antall tvangsinnleggelses og bruk av tvang er viktige mål innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Det arbeides med dette i alle helseforetak/sykehus. Regionalt fagråd psykisk helsevern følger utviklingen herunder effekt av endringer i psykisk helsevernloven.

Tallgrunnlaget for hele 2017 foreligger enda ikke, men det rapporteres om utfordringer med å innfri målkravet om reduksjon av tvangsinnleggelses i forhold til 2016.

Det rapporteres om en bred innsats for pasienter i risikogruppen, der tidlig intervensjon og samarbeid med kommunene er sentralt. Et eksempel på tiltak er fra Sykehuset Østfold, der samarbeidsutvalget med kommunene har utarbeidet og revidert «*Lokal retningslinje for redusert og riktig bruk av tvang*». Planen inneholder detaljerte tiltak for å sikre frivillighet i tilknytning til innleggelse. Det legges særlig vekt på bruk av kriseplaner.

I 2017 ble det gjennomført egne dialogmøter med kommunene i alle helsehus-distriktene for å vurdere hvilke konkrete tiltak i planen som bør prioriteres. Tilsvarende dialogmøter vil bli gjennomført i 2018. Foreløpige tall fra Sykehuset Østfold viser en reduksjon i innleggelse til tvungen observasjon på 9,9 prosent, en svak økning i innleggelse til tvungen behandling og en betydelig reduksjon i bruk av TUD- «tvang uten døgn» på 30 prosent.

Kompetansefremmende og holdningsskapende tiltak er også sentralt i arbeidet. Systematisk gjennomføring av oppfølgingsamtaler med pasienter og pårørende i

etterkant av en tvangsinnleggelse skal ivareta pasienten og bidra til bedre innsikt i tiltak pasienten mener vil kunne forebygge bruk av tvang. Brukerstyrte plasser er et virkemiddel.

Videre kan det nevnes innføring av tiltak iht. helhetlig akuttbehandlingsskjede som er gjennomført ved Akershus universitetssykehus i 2017. Det er etablert ulike tiltak for å styrke den akutte behandlingsskjeden gjennom samarbeid mellom de akutte behandlingsteamene ved DPS og Avdeling akuttpsykiatri og mellom akutt-teamene og kommunenes helsetjenester. Formålet er dels å forebygge unødvendige tvangsinnleggelser og dels å bedre pasientforløpene. Fastleger kan konsultere akutt-teamene ved DPS for bistand til vurdering av pasientens tilstand og aktuelle tiltak. Akutt-teamene går i tillegg direkte inn i enkeltsaker med egne vurderinger og tiltak før en eventuell innleggelse i akuttavdelingen og med en tydeligere rolle i forbindelse med oppfølging av pasienter som skrives ut fra akuttavdelingen i påvente av at mer permanente tilbud til pasienten er etablert i poliklinikk og/eller kommune.

Akershus universitetssykehus har også eget forebyggingsprosjekt knyttet til pasienter i risikogruppen for bruk av tvangsmidler. Antall pasienter på dom til psykisk helsevern har gått opp de siste år og dette påvirker også det samlede tallgrunnlaget. Samlet tallgrunnlag for 2017 vil bli gjennomgått og anvendt i det videre arbeid når dette foreligger.

Helse Sør-Øst RHF følger opp dette målområdet i hele ledelseslinjen bla gjennom eget prosjekt som i 2017 ble etablert for å redusere all bruk av tvangsmidler. Mer enhetlig forståelse av regelverk og standardisering av registreringene er et delmål i arbeidet. To sentrale mål i prosjektet som skal gjennomføres i 2018 er å etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene og å utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.

- *Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.*

Det arbeides godt ved våre helseforetak/sykehus med dette målområdet. Flere har egne pågående prosjekt der god klinisk kommunikasjon er vektlagt, med systematisk og obligatorisk opplæring for at alle skal ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Det beskrives blant annet at man arbeider med å øve på de-eskalerende samtaleteknikker i simuleringssenter, samt kursing og trening i terapeutisk konflikthåndtering.

Det er også prosjekt for å redusere bruk av ulike atferds-kontrollerende tvangstiltakstiltak for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Systematiske tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende anvendes til konkret forbedring.

Kompetansefremmende og holdningskapende tiltak er sentralt i arbeidet. Et eksempel er systematisk gjennomføring av oppfølgingsamtaler med pasienter i etterkant av at tvangstiltak er benyttet. Dette skal ivareta pasienten og bidra til bedre innsikt i hvilke tiltak pasienten mener ville kunne ha bidratt til å forebygge bruk av tvangsmidler, og hvordan man best vil kunne ivareta pasienten i en tilsvarende situasjon.

Flere beskriver en positiv utvikling med færre tvangsmiddelvedtak og vedtak med kortere varighet. Helse Sør-Øst RHF har eget regionalt prosjekt med tiltak som skal iverksettes i 2018.

Prosjektgruppen er bedt om å utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler. Prosjektgruppens hovedoppgave er å anbefale hvilke tiltak som skal inngå i den regionale oversikten, og å foreslå tiltak som kan understøtte arbeidet. Den regionale oversikten vil derfor både omfatte forslag til obligatoriske tiltak som skal gjennomføres og anbefalte tiltak som det er opp til det enkelte helseforetak å vurdere.

Utviklingen i tvangsbruk i Helse Sør-Øst de siste årene er publisert på HelseNorge.no. Tall for 2017 foreligger ikke.

Antall per 1 000 voksne (18 år og over) i opptaksområdet	2014	2015	2016
• Tvangsmiddelvedtak	1,74	2,07	1,99
• Pasienter med vedtak om kortvarig fastholding	0,16	0,17	0,24
• Pasienter med vedtak om kortvarig isolasjon	0,016	0,023	0,036
• Pasienter med vedtak om korttidsvirkende legemiddelbruk	0,17	0,17	0,19

- *Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*

NPR har lagt ut data om gjennomføring/avbrudd i TSB i første tertial 2017 i portalen helsenorge.no. Dataene er ikke komplette og det arbeides for å bedre kvalitet på innrapporteringer. Det er forskjeller i koding og programmer for registrering av avbrudd. Regionalt senter for kliniske IKT løsninger (RSKI) følger opp de tekniske sidene av dette.

I Helse Sør-Øst RHF's dialog med helseforetakene og private leverandører følges kvalitet i rapporteringen for avbrudd i døgnbehandling og tiltak for å redusere antallet avbrudd opp.

Andre oppgaver 2017

- *Helse Sør-Øst RHF skal utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene. Helsedirektoratet og BUFdir skal utarbeide nasjonale føringer for innhold i avtalene.*

Helse Sør-Øst RHF har egne regionale samarbeidsavtaler med Bufetat Øst og Bufetat - Sør, «Sammen og koordinerte», med tilsvarende avtaler på lokalt helseforetaksnivå.

Helse Sør-Øst RHF har egen regional plan for styrking av helsehjelpen til barn og unge i barnevernet. I hele 2017 har Helse Sør-Øst RHF arbeidet med eget prosjekt for utprøving av modeller for styrking av tjenestene til barn i barnevernet. Prosjektet inneholder tre piloter i ulike helseforetak og en evalueringsrapport med anbefalinger vil foreligge i 2018.

Helse Sør-Øst RHF har i hele 2017 hatt et godt samarbeid med Helsedirektoratet og Bufdir om felles oppdrag knyttet til barnevern. Helseforetak og brukerorganisasjoner er involvert i arbeidet. Dette har vært et nasjonalt samarbeid som ikke er sluttført, men det foreligger utkast til samarbeidsavtaler som skal anvendes i tråd med oppdraget som er gitt. Avtalene vil omfatte kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge.

- *Det skal pekes ut barnevernsinstitusjon i hver barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov med oppstart av de to første i 2018. Helse Sør-Øst RHF skal i 2017 forberede en hjemmesykehusmodell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene.*

Helse Sør-Øst RHF har samarbeidet nasjonalt og regionalt om oppdraget i hele 2017, der Bufdir og Helsedirektoratet har ledet arbeidet. Bufdir bestemte at de to første institusjonene skulle etableres i Bufetat Nord og Bufetat Sør, henholdsvis i Bodø og Søgne. Helse Sør-Øst RHF har samarbeidet med alle nødvendige instanser i dette arbeidet.

Helse Sør-Øst RHF ga Sørlandet sykehus et eget oppdrag i henhold til føringer gitt i det nasjonale arbeidet, og det ble etablert et eget regionalt prosjekt ledet av Bufetat Sør høsten 2017. Helse Sør-Øst deltar i det nasjonale prosjektarbeidet som ledes av Bufdir. Dette arbeidet skal sikre en felles nasjonal modell, etablering og framdrift. Fagpersoner fra to helseforetak bidrar i den nasjonale prosjektgruppen og Helse Sør-Øst RHF bidrar i nasjonal styringsgruppe for arbeidet.

De to første institusjonene skal settes i drift i løpet av 2018 og er organisert og eiet av Bufetat, men skal også betjenes av personell fra psykisk helsevern barn og unge. Helse Sør-Øst RHF har tildelt Sørlandet sykehus de øremerkede midlene som kom i statsbudsjettet for 2018. Arbeidet fortsetter i 2018.

- *Helse Sør-Øst RHF skal etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet <https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet> Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.*

Det er arbeidet godt med dette oppdraget nasjonalt/regionalt og representanter fra regionens helseforetak har deltatt i samarbeid med Helsedirektoratet, men oppdraget har tatt noe mer tid enn antatt.

Helse Sør-Øst RHF har oppdatert helseforetak/sykehus i regionen på framdrift i arbeidet og deltatt på nasjonalt samarbeidsforum for barnevern. Samarbeid med institusjonsbarnevern er allerede godt forankret gjennom «*Sammen og koordinerte*» avtalen mellom Bufetats regioner og Helse Sør-Øst RHF, samt lokalt i helseforetaksstrukturen.

Helse Sør-Øst har i 2017 gjennomført et forbedringsprosjektet med helsehjelp til barn i barnevernet, som også har vært nyttig i arbeidet. Regional plan om «*Hvordan styrke helsehjelpen til barn i barnevernet*» er et fundament for arbeidet som vil pågå også i

2018. Endelige føringer for barnevernsansvarlige er ikke sluttført, men alle helseforetak beskriver godt hvordan man arbeider for å etablere funksjonen, eller hvordan man allerede har etablert den i psykisk helsevern til barn og unge.

- *Departementet utarbeider et rammeverk med blant annet maler for kommunale forskrifter og avtaler mellom regionale helseforetak og interesserte kommuner for å legge til rette for forsøksordningen med kommunal drift av DPS, jf. avsluttet høring om saken. Rammeverket er planlagt ferdigstilt ila våren 2017. Helse Sør-Øst RHF forutsettes å legge til rette for dialog og eventuelle forhandlinger med interesserte kommuner.*

Helse Sør-Øst RHF har ikke mottatt henvendelser fra kommuner som ønsker dialog/forhandlinger om forsøksordningen med kommunal drift av DPS.

- *Helse Sør-Øst RHF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivinger om disse pasientene, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018*

Alle helseforetak/private ideelle med akuttfunksjon rapporterer at de har etablert gode rutiner for varsling av utskrivningsklare pasienter innen rus og TSB.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR*

Klinisk praksis har vært litt varierende med hensyn til systematikk og samarbeid med andre aktører. Noen helseforetak har etablert felles rutiner for informasjon og tilbud om gratis langtidsprevensjon. Flere helseforetak er i gang med å etablere slike rutiner. Oslo universitetssykehus har etablert et tett samarbeid mellom ruspoliklinikk og gynekologisk avdeling. Slikt samarbeid planlegges flere steder.

Nedtrapping av LAR medikament hos gravid kvinne i LAR

Alle LAR-tiltak i helseforetak og hos private samarbeidspartnere forholder seg til LAR-retningslinjen med riktig informasjon til kvinner i LAR, også om tilbud om nedtrapping. Dersom gravid kvinne i LAR ønsker nedtrapping og det anses medisinsk forsvarlig, gis tilbud om nedtrapping. Nedtrapping av gravide i LAR er et tilbud som finnes på alle enheter som tar imot gravide rusbrukere under LAR (Borgestadklinikken, Origosenteret og Sykehuset Innlandet). Erfaringsmessig er det få pasienter som ønsker dette tilbudet (anslagsvis er det behandlet fem-seks pasienter i alt de siste to-tre årene).

- *Helse Sør-Øst RHF skal sørge for at system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern er etablert. Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass. Komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 skal leveres NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i revidert oppdragsdokument 2016.*

Reduksjon i bruk av all tvang innen psykisk helsevern har stor oppmerksomhet i Helse Sør-Øst. Det arbeides bredt med kvalitetsforbedring innen dette området. Rapportering av korrekte data er en del av innsatsen.

Kvalitetssikrede data for 2014, 2015 og 2016 er til NPR levert. Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget prosjekt for reduksjon i bruk av tvangsmidler der system for komplette og kvalitetssikrede data er en del av arbeidet som ferdigstilles i første halvår 2018.

Samlede tall for bruk av tvang i 2017 foreligger ikke enda, men flere helseforetak/sykehus rapporterer at man tross iherdig innsats ikke har lyktes i å redusere antall innleggelser hjemlet med tvang etter psykisk helsevernloven, sammenlignet med 2016. Det er i 2017 kommet endringer i lovverket med større vekt på pasientens samtykkekompetanse. Alle helseforetak/sykehus har endret egen praksis i tråd med nytt lovverk. Det sies fra helseforetak og sykehus at antall pasienter underlagt tvang uten døgn (TUD) er redusert i 2017, men samlede tall for egen helseregion foreligger ikke.

- *Som ledd i å redusere bruken av tvang, skal Helse Sør-Øst RHF gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernheteter som benytter tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.*

Helse Sør-Øst RHF har samarbeidet med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse for å gjennomføre dette målkravet. Det har vært oppe i eget møte med ledelsen for alle helseforetak/sykehus og alle er blitt invitert til å gjennomføre utviklingsarbeid innen dette området samme med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Flere viktige samarbeids- og kvalitetsforbedringsprosjekt er etablert i 2017. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse er også invitert inn i kvalitetsforbedringsprosjektet om reduksjon i bruk av tvangsmidler i Helse Sør-Øst, sammen med regionalt brukerutvalg.

Helse Sør-Øst RHF gjennomførte i november en stor dialogkonferanse om medisinfri behandling og reduksjon i bruk av tvang, i samarbeid med «Fellesaksjonen» og relevante pasienter/brukerorganisasjoner. Halvparten av deltagerne var brukere.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablere Stifinner'n ved Eidsberg fengsel.*

Oppdraget er gjennomført. Rusenheten i Eidsberg fengsel (arbeidstittel «Stifinner'n») er etablert i et samarbeid mellom Sykehuset Østfold ved sosialmedisinsk poliklinikk i Sarpsborg, Tyrilistiftelsens stifinnerteam og kriminalomsorgen i Eidsberg fengsel. Rusenheten åpnet som planlagt medio september 2017 og er i full drift.

- *Helse Sør-Øst RHF skal påse at helseforetakene forebygger ev. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017, og at omleggingen brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.*

Helse Sør-Øst RHF har fulgt utviklingen i 2017. Det er i løpet av året meldt om at man særlig innen psykisk helsevern barn og unge har hatt utfordringer, siden man ikke fikk registret aktivitet i henhold til anbefalt og effektiv behandling. Derfor oppsto utfordringer knyttet til omleggingen, samt finansiering og dekning av utgifter.

Det er i årlige meldinger fra våre helseforetak beskrevet at man har fulgt med på omstillingen, men at man samtidig har vektlagt god klinisk praksis og anerkjent behandlingsmetode uavhengig av koding, finansiering og økonomisk gevinst.

2.3 BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Mål 2017

- *Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.*

Andel sykehusinfeksjoner i Helse Sør-Øst, basert på tall fra Folkehelseinstituttet, ligger i 2017 på 4,1 prosent når man ser på «alle infeksjoner». Dette er samme nivå som i 2016.

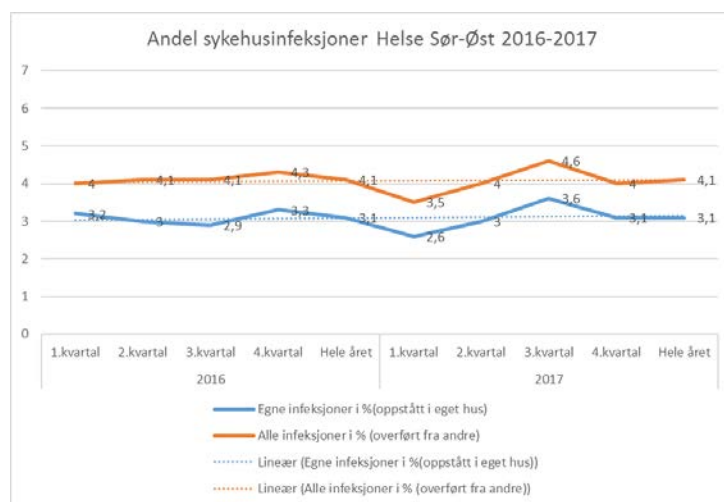
Tidligere års presentasjoner er basert på alle infeksjoner eller alle helseassosierte infeksjoner (HAI). Fra 2017 presenteres tallene fra Folkehelseinstituttet på to nivå:

1. Egne infeksjoner (oppstått i eget hus)
2. Alle infeksjoner (egne, samt infeksjoner overført fra andre)

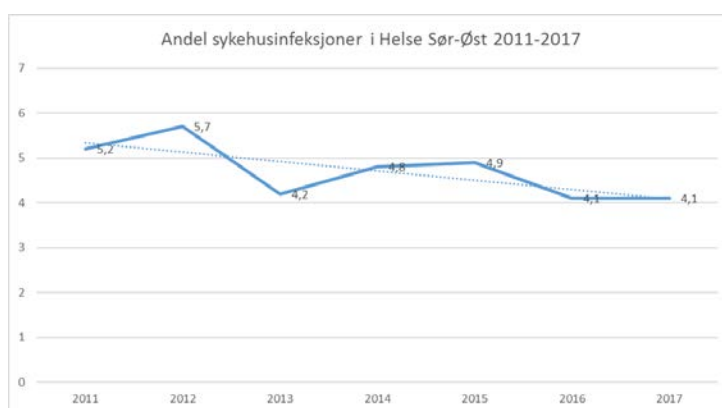
I 2017 viser tall for «egne infeksjoner» en prevalens samlet i regionen på 3,1 prosent. «Egne infeksjoner» i 2016 viste også 3,1 prosent og det er dermed ingen reduksjon fra 2016 til 2017. Resultatet for både 2016 og 2017 ligger under det nasjonale målet på 4,7 prosent.

Registreringen som presenteres av Folkehelseinstituttet omfatter fire infeksjonstyper. Disse er: urinveisinfeksjon (UVI), nedre luftveisinfeksjon (NLVI), infeksjon i operasjonsområdet (POSI) og blodbaneinfeksjon eller sepsis (BBI).

Andel sykehusinfeksjoner 2016-2017:



Andel sykehusinfeksjoner 2011-2017:



- *Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Mål (minst 50 pst.)*

Det foreligger ikke tall for andelen pasienter med trombolysebehandling ved hjerneslag som får behandling innen 40 minutter for 2017. Andelen behandlet innen 40 minutter har imidlertid vært økende i Helse Sør-Øst de siste årene og lå i 2016 på 61,8 prosent.

Helse Sør-Øst arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på slagbehandlingen. Et midlertidig fagutvalg hjerneslag leverte sin rapport «*Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016, Sykehus i nettverk*». Anbefalingene fra rapporten er lagt inn som føring for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.

- *Ingen korridorpasienter.*

Andel korridorpasienter i 2017 er 1,1 prosent inkludert private ideelle sykehus og viser en svak nedgang sammenlignet med desember 2016 da andelen var 1.2 prosent. Det er stor variasjon mellom helseforetakene for denne indikatoren.

Helse Sør-Øst RHF følger utviklingen gjennom månedlige oppfølgingsmøter.

- *Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.*

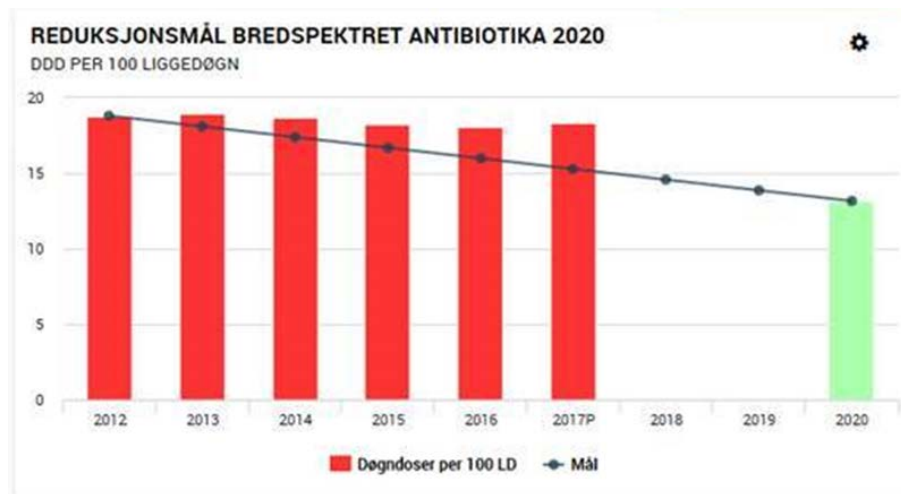
Andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse varierer mellom helseforetakene. Andelen etter 2. tertial 2017 er på 22,6 i Helse Sør-Øst.

På bakgrunn av årlige meldinger fra helseforetakene kan det se ut som om Helse Sør-Øst kommer bedre ut på indikatoren ved årets slutt. Ett helseforetak rapporterer at andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse er 31,0 prosent ved årets slutt, mens et annet helseforetak rapporterer at andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse er 27,7 prosent.

- *30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).*

Mål for reduksjon av den samlede bruken av bredspektret antibiotika er ikke nådd for Helse Sør-Øst. Tall fra Sykehusenes legemiddelstatistikk viser at den samlede bruken i 2017 er 18,33 døgndoser per 100 liggedøgn, mens målet er 15,27 døgndoser per 100

liggedøgn. (NB: Tall for 2017 i sls.antibiotika.no er en prognose (summerer T3/16, T1/17 og T2/17). Årsaken til dette er at liggedøgnedataene fra NPR først kommer tre til fire måneder etter tertialslett.)



Det er store variasjoner mellom helseforetak/sykehus, men det arbeides systematisk med forbedring av forbruket av bredspektret antibiotika. Kun to av helseforetakene har nådd målet for 2017.

Andre oppgaver 2017

- *Helse Sør-Øst RHF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.*

I henhold til de regionale føringene for helseforetakenes utviklingsplan innenfor rehabilitering, er helseforetakene pålagt å beskrive tilbudet for ambulant virksomhet. Beskrivelsen skal inkludere organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden. Regionalt fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst har i tillegg fått i oppdrag å beskrive anbefalinger for videre utvikling av ambuleringende rehabiliteringstjenester.

- *Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av de fire regionale helseforetakene, fra 1. januar 2017 og inntil avtalene utløper, forvalte avtaler og tilhørende midler på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70, jf. Raskere tilbake-ordning, som i 2016 har vært forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. juni 2017 vurdere fremtidig bruk av midlene på 57 mill. kroner etter avtalenes utløp. Midlene skal målrettes arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og bidra til å understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene, jf. Prop. 1 S (2016-2017).*

Helse Sør-Øst RHF har, sammen de øvrige regionale helseforetakene, vurdert fremtidig bruk av midler som har vært forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten. Rapport med vurderingen er oversendt fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet 1.juni 2017. Rapporteringen henviser til, og er i samsvar med, rapport oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1.mai 2017.

- *De regionale helseforetakene skal i felleskap innen 1. mai 2017 vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Det skal særlig gis en vurdering av tilbud som har vist seg å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. De regionale helseforetakene skal innhente eventuelle erfaringer og vurderinger av ordningen fra Helsedirektoratet.*

Helse Sør-Øst RHF har, på vegne av de regionale helseforetakene, gjennomført vurdering av videreføring av elementer fra «Raskere tilbake»-ordningen innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Felles rapport er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2017.

- *Helse Sør-Øst RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.*

I 2017 er det i Helse Sør-Øst RHF videreutviklet samvalgsverktøy der pasienter kan delta i valg mellom ulike behandlingsalternativer. Verktøyene gjør det mulig å integrere data fra flere kilder (kunnskapsgrunnlag, helsepersonell og pasienten selv) for å komme frem til beste behandling for den enkelte pasient. Samvalgsverktøy for bipolar lidelse, HIV og lungekreft (valg mellom stereotaksi eller kirurgi) er prioritert. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt plan for økt samvalg i helseregionen, og det samarbeides med Helse Nord RHF om oppdrag gitt i tilleggsdokumentet etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016-2017). Her legges det blant annet vekt på samordning av arbeidet med nye samvalgsverktøy og at eksisterende verktøy tas i bruk.

Fem nye samvalgsverktøy er i slutfasen: hofteartrose (i samarbeid mellom Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF), kneartrose, Graves sykdom, brystkreft (i samarbeid mellom Helse Nord RHF og Helse Sør-Øst RHF) og prostatakreft med spredning.

Flere nye samvalgsverktøy er under oppstart/produksjon: Myomer, TAVI (transkateter aortaventil-implantasjon), normaltrykks hydrocephalus og veiledning i verktøy for psykose (Helse Vest RHF bruker modellen).

- *Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Helse Nord RHF skal lede dette arbeidet.*

De regionale helseforetakene følger opp arbeidet med å legge til rette for fagrevisjoner i helseforetakene. Under ledelse av Helse Nord RHF er det etablert et interregionalt nettverk for å utvikle kompetanse og hjelpe til med opplæring og erfaringsoverføring.

- *Helse Sør-Øst RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar.*

Kommuner/bydeler fra tre av helseforetaksområdene deltar i slike læringsnettverk. Alle aktuelle helseforetak deltar sammen med sine kommuner/bydeler. Dette gjelder Oslo universitetssykehus, Sykehuset Innlandet og Sørlandet sykehus.

- *De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Det skal legges vekt på tverrfaglig samarbeid, blant annet med barnevernet. Helse Vest RHF skal lede nettverket.*

Det er i samarbeid mellom de regionale helseforetakene etablert et nasjonalt klinisk nettverk. Nettverket er ledet av Betanien Sykehus på vegne av Helse Vest RHF.

Etter avtale med Helsedirektoratet vil nettverket også bli benyttet til særskilt kompetanseutvikling i alle regionene. Det er satt av egne midler til dette og laget forslag til et program for kompetanseutvikling over to-tre år. Betanien Sykehus vil være leder for prosjektet/programmet.

Den første samlingen er i mars 2018.

Det er også satt ned en styringsgruppe som Helse Vest RHF leder, med representanter fra alle de regionale helseforetakene.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. Helse Sør-Øst RHF skal innen 1. mai levere en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere.*

Å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinske undersøkelser tar tid. Det krever at det settes av mer ressurser enn det tilskuddet som tilføres fra Statsbudsjettet. Helse Sør-Øst er på god vei til å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinske undersøkelser. Alle helseforetakene kjenner godt til oppdraget og arbeider systematisk med å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Helse Sør-Øst leverte en plan for kompetanse og kapasitet i mai 2017.

- *Helse Sør-Øst RHF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikkssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.*

Hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen til fødselen er over, ikke blir fulgt, blir dokumentert i helseforetakenes avvikkssystemer og resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.

- *De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere et prosjekt for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlige hjerneskader. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF som skal utarbeide en projektskisse innen 1. april 2017.*

Under ledelse av Helse Midt-Norge RHF er det etablert et samarbeidsprosjekt. Statusrapport for prosjektet er oversendt de regionale helseforetakene og Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2018. Det er gjort avtale om ny statusrapportering i februar 2018. Sluttrapport for samarbeidsprosjektet skal leveres innen 1. april 2018.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen med nødvendig samhandling og kommunikasjon, slik at den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetansen om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.*

Helse Nord RHF arbeider med mandat for arbeidet. Mandatet for arbeidet er snart ferdig og oversendes Sametinget før det blir godkjent. Alle øvrige regionale helseforetak blir tatt med i arbeidet fra slutten av august/begynnelsen av september.

- *Helse Sør-Øst RHF skal bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE november 2016, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.*

Oppdraget ivaretas nasjonalt gjennom AIM-prosjektet. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF fulgt opp data fra Norsk Helseatlas, blant annet med tanke på forbruksrater for kne- og skulderartroskopi. Dette har, som uttrykk for harmonisering av kunnskapsbasert indikasjonsstilling, ført til et signifikant fall i antall utførte prosedyrer for denne typen inngrep.

- *De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter, begge under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølging av strategien.*

Oppdraget er organisert i en prosjektmodell vedtatt i møte mellom de regionale helseforetakenes administrerende direktørene 23. januar 2017. Prosjektet er etablert med to arbeidsgrupper for utredning av beslutningsgrunnlag for etablering av en anonym frekvensdatabase over sekvensvariasjon og et nettverk av regionale kompetansesentre.

Arbeidsgruppene har representasjon fra alle fire helseregioner. Prosjektets styringsgruppe ledes av Helse Sør-Øst RHF. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse deltar som observatører i arbeidet.

Arbeidsgruppene har i løpet av 2017 utarbeidet konseptskisser for tiltakene beskrevet i oppdraget. Skissene bygger blant annet på kartlegging av eksisterende ressurser og behov i helseregionene og vil videreutvikles i løpet av 2018. Prosjektutviklingen følger en konsensusprosess.

Statusrapport fra arbeidet ble presentert for Helse- og omsorgsdepartementet i møte 5. januar 2018. Ny statusrapport fra arbeidet vil bli forelagt departementet i løpet av mars 2018.

Oppdragene har avhengigheter spesielt knyttet til Helsedirektoratets koordinering og arbeid med oppfølgingen av *Nasjonal strategi for persontilpasset medisin 2017-2021*. Helsedirektoratet vil blant annet utarbeide en juridisk avklaring av anonymitet for genetiske sekvensdata. I dette ligger også en avklaring av anonymitet for lavfrekvente sekvensvarianter som vil ha avgjørende betydning for den videre gjennomføring av delprosjektet knyttet til etablering av en anonym frekvensdatabase.

- *De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere enhetlige arbeidsprosesser og systematikk for innsamling og analyser av data om forbruk, effekt, sikkerhet og kostnader for legemidler, andre etablerte metoder i Nye metoder og utprøvende behandling (off-label bruk) som gis enkeltpasienter, f. eks. ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Formålet er blant annet å kunne fase ut metoder som ikke har forventet nytte. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Direktoratet for eHelse og aktørene i system for nye metoder.*

Arbeidet med SAFEST pågår, og det er dialog om finansieringsansvar.

- *Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide en elektronisk statusrapport for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Rapporten skal vise måloppnåelse for arbeidet, herunder dekningsgrad og bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning.*

Rapporten «*Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2017*» er utarbeidet av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, SKDE, og ble ferdigstilt og overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2017.

- *Helse Sør-Øst RHF skal iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.*

Nasjonalt kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) er implementert i alle regionens helseforetak. De fleste private ideelle sykehus har allerede eller vil i løpet av første kvartal 2018 innføre kodeverket i sine systemer.

Alle regionens helseforetak og private ideelle sykehus arbeider med kontinuerlig forbedring av avvikssystem og bruken av dette. Konkrete eksempler fra noen av helseforetakene/sykehusene er:

- Utvikle systemet slik at det er lett tilgjengelige for ledere og ansatte, samt at det benyttes til å identifisere alvorlig systemsvikt og områder for læring og forbedring
- Nye rapporter for meldekultur per yrkesgruppe (sykepleiere, overleger, leger i spesialisering, bioingeniører osv.)
- Nye rapporter for ledelsens oppfølging av tiltakene i det kontinuerlige forbedringsarbeidet
- Gjennomgang av rapporteringen fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene til klinikkens ledermøter og Sentralt kvalitetsutvalg
- «Det grønne korset» - en metode for daglig risikostyring er innført ved en rekke sengeposter
- Arrangert interne kurs i rotårsaksanalyser og CAPA (Corrective Action and Preventative Action) og flere interne kurs i god avviksbehandling på Lync

- Systematisk metode for hendelsesanalyse benyttes ofte på alvorlige varslingspliktige hendelser til Helsetilsynet

Ved Sunnaas sykehus, Sykehuset Telemark, Sykehuspartner, Sørlandet sykehus og Betanien Hospital er det under innføring et nytt helhetlig kvalitetssystem som er et samarbeidsprosjekt om en felles standardisert og konsolidert systemløsning.

Personell, utdanning og kompetanse

- *Helse Sør-Øst RHF skal implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger/iverksette ny ordning for spesialistutdanning i henhold til ny forskrift, med ansettelser i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017.*

For å legge grunnlag for en nasjonal, samordnet spesialistutdanning for leger, har de regionale helseforetakene siden 2016 hatt et tverregionalt samarbeidsprosjekt, koordinert og ledet av Helse Sør-Øst RHF. Prosjektet er ferdig med forberedelsene for del 1 av ny spesialistutdanning for leger og har siden sommeren 2017 arbeidet med å forberede innføringen av del 2 og 3 i hele landet. Arbeidet foregår i nært samarbeid med de regionale utdanningssentrene, som skal overta de koordinerende oppgavene mellom regionene når prosjektet avsluttes i juli 2018.

Felles IKT-verktøyet ble tatt i bruk ved oppstart av del 1 i ny modell for spesialistutdanningen for leger i hele landet, og skal videreutvikles for del 2 og 3. Dette IKT-verktøyet er også det foretrukne kompetansestyringssystemet i Helse Sør-Øst RHF for andre aktuelle yrkesgrupper.

1.september 2017 tok helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst som planlagt imot de første 205 legene i del 1 av utdanningen.

Mange aktører har vært involvert i arbeidet med å forberede og innføre del 1 i ny modell; enten gjennom deltakelse i det tverregionale LIS-prosjektet, ved samarbeid med de regionale utdanningssentrene eller ved deltakelse i arbeidet med utdanningen i helseforetakene/sykehusene.

Helseforetakene/sykehusene rapporterer at arbeidet har vært krevende, men at de har forberedt seg godt og gjennomført alt etter planen i 2017. De har tilpasset introduksjonsdagene for LIS1 til ny utdanning og gjennomført veilederopplæring. Alle helseforetakene har tatt i bruk det felles IKT-verktøyet for registrering av planer og progresjon i utdanningen. Innføringen av kliniske læringsmål og læringsmål på breddekompetanse innen etikk, kommunikasjon, samhandling, pasient- og brukermedvirkning med videre gjennomføres også som planlagt.

Som støtte til implementeringen har LIS-prosjektet utarbeidet temahefter for del 1 om introduksjonsdagene, veiledning, supervisjon, e-læring, læringsmål, læringsaktiviteter og vurdering av om læringsmål er oppnådd. LIS-prosjektet har også opprettet nettsiden www.lis-utdanning.info for å spre informasjon om arbeidet med ny modell.

- *Helse Sør-Øst RHF skal planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning henhold til ny forskrift.*

Helse Sør-Øst RHF leder også LIS-prosjektets arbeid med innføring av del 2 og 3 i hele landet. Prosjektmandatet ble godkjent 9. juni 2017, med tidsløp frem til 1. juli 2018.

Helseforetakene har startet strukturerte forberedelser av del 2 og 3 gjennom egne mottaksprosjekter. Så snart læringsmålene med anbefalte læringsaktiviteter for den enkelte spesialitet foreligger, vil foretakene kunne begynne arbeidet med å lage utdanningsplaner for spesialitetene og arbeidet med å overføre leger fra dagens ordning over i ny modell. De er også forberedt på å søke godkjenning som utdanningsvirksomhet for aktuelle spesialiteter så snart søknadsmalen fra Helsedirektoratet er klar.

I 2017 har det regionale utdanningscenteret bidratt med kurs i veiledning i mange av helseforetakene. De har også etablert *Råd for LIS-utdanning i Helse Sør-Øst*, der alle helseforetakene samt Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus er representert. De fire regionale utdanningscentrene har startet forberedelsene med samordning av den nasjonale kursvirksomheten for leger i del 2 og 3.

Forskning og innovasjon

- *De regionale helseforetakene og Forskningsrådet skal vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukervedvirkning.*

Arbeidet med dette oppdraget har vært gjennomført via de regionale helseforetakenes Strategigruppe for forskning. Helse Vest RHF fikk gjennom arbeidsutvalget i oppgave å koordinere arbeidet med å innhente data fra helseforetakene om bruk av vurderingskriterier, og dette var med som grunnlag for sak som var oppe på møte i Strategigruppen i oktober (38-2017 *Diskusjonssak, Forståelse og effekt av kriterier for vurdering av kvalitet, nytte og brukervedvirkning ved tildeling av forskningsmidler i RHF-ene*). Strategigruppen besluttet at dette arbeidet blir sett på som et grunnlag for en videre prosess med Forskningsrådet om felles forståelse av disse kriteriene.

I 2015 vedtok de regionale helseforetakene felles retningslinjer for brukervedvirkning i helseforskning. Under ledelse av Helse Vest RHF arbeides det nå med å utforme en felles veileder for brukervedvirkning i helseforskning. Arbeidet har vist at det er en del forskjell mellom helseregionene i forståelse og operasjonalisering av brukervedvirkning. Strategigruppen har foreslått å se på de ulike sidene ved brukervedvirkning i en større sammenheng og vil ta dette inn i den videre dialogen med Forskningsrådet i 2018.

Alt i alt er arbeidet med samordning av kriteriene for nytte og evaluering av forståelse og effekt av nye kriterier for eksempelvis kvalitet, nytte og brukervedvirkning et omfattende arbeid som ikke har komme i mål i 2017.

I 2018 vil de regionale helseforetakene, via arbeidsutvalget i strategigruppen, ta dette arbeidet videre, og invitere Forskningsrådet inn i en videre prosess med grunnlag i det arbeidet som er gjort mellom regionene i 2017.

- *Helse Sør-Øst RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21- strategien.*

Arbeidet med å styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet har i stor grad basert seg på en oppfølging av oppdraget for 2016 med ambisjon om å styrke infrastrukturen ved universitetssykehusene for testing og utprøving av innovasjoner, herunder medisinteknisk utstyr. I 2017 har dette arbeidet vært ledet av innovasjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus. Det er nå utarbeidet en forprosjektrapport, som vil danne grunnlaget for et hovedprosjekt i 2018. Dette vil inngå som en del av oppdraget som Helse Sør-Øst RHF gir Oslo universitetssykehus innen rammen for regional innovasjonsstøtte. Målet med dette arbeidet er å etablere «én vei inn» for gründerbedrifter og andre virksomheter som søker samarbeid med helseforetak for felles utvikling, testing, verifisering og dokumentasjon av nye løsninger som kan forbedre pasientbehandlingen.

- *Helse Sør-Øst RHF skal følge opp rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for samordning mellom universiteter og helseforetak (Husebekkutvalget) innenfor sitt ansvarsområde. Det forutsettes at oppfølgingen skjer i dialog med universitets- og høyskolesektoren og øvrige regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal sammen med universitetene særlig vurdere mulighetene for harmonisering av rutiner og retningslinjer på tvers av sektorene, regionalt og nasjonalt. Der det er hensiktsmessig, bør Helse Sør-Øst RHF vurdere å etablere fellesfunksjoner med universitetet(ene).*

Oppfølgingen gjennomføres i hovedsak gjennom saker i Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo og tilhørende arbeidsutvalg.

Samarbeidsorganet har allerede utredet flere problemstillinger beskrevet i rapporten fra Husebekkutvalget gjennom prosjekter innen ulike områder (biostatistikk, biobank, kjernefasiliteter m.fl.). Dette arbeidet følges opp gjennom videreutvikling av avtaler og etablering/drift av felles infrastruktur. I 2017 er det for eksempel utviklet retningslinjer for sektorplassering av vertskapsrollen for prosjekter med ekstern finansiering.

3. RAPPORTERING PÅ KRAV FRA REVIDERT OPPDRAGSDOKUMENT AV 28. JUNI 2017 OG 22. AUGUST 2017

3.1 REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN

Andre oppgaver 2017

- *Det vises til Helsedirektoratets rapporter Kvalitet i ventelistedata (2014) og Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (2017) hvor det framgår at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at*
 - *andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy*
 - *at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy.*

De regionale helseforetakene skal sørge for at riktige opplysninger registreres i de pasientadministrative systemene og rapporteres til Norsk pasientregister, herunder sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

Vedrørende registrering av frist til utredning

Helseforetakene i Helse Sør-Øst benytter DIPS som pasientadministrativt system. Feltet hvor utfall av vurdering skal registreres, har vært uhensiktsmessig plassert på operatørens skjermer. I april 2017 gjorde DIPS endringer i henvisningsbildet og feltet er nå plassert sammen med øvrige felter for rettighetsvurdering. Det er dermed enklere for vurderingsansvarlig å registrere om pasient har rett til utredning (uavklart tilstand) eller behandling (avklart tilstand). Endringene i henvisningsbildet er innført i alle helseforetakene. Felles regional veileder og opplæringsmal er utarbeidet og distribuert til alle helseforetak. Veileder og opplæringsmal er også publisert på RSKIs nettsider under «Pasientadministrasjon».

Endring av felt «Henvisningstype» - opplæringspresentasjon mai 2017

Regionale brukerveiledninger er revidert i forhold til endringen i henvisningsbildet i DIPS.

Avviste henvisninger

For å legge til rette for korrekt registrering og rapportering har Helse Sør-Øst RHF gjennomgått og standardisert årsakskoder for avviste henvisninger. Det har også vært arbeidet med forbedring av registreringspraksis for avvising av henvisninger og det er igangsatt arbeid for rutinebeskrivelse for registrering av avvistårsak. Endringsønske til DIPS er utarbeidet for å skille kodeverkets årsak til avvising, slik at det blir korrekt registrering og rapportering.

- *Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at de regionale helseforetakene legger til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal innen 1. november*

2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet ledet av Helsedirektoratet og har levert status for bruk av KPP til Helse- og omsorgsdepartementet.

Avtalespesialister

- *Stortinget slo gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 fast at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som finner sted i avtalepraksis skal være underlagt disse prinsippene. Dette er til dels reflektert i rammeavtalene som er inngått mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner. I avtalene heter det blant annet at den enkelte avtalespesialist skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til lov og forskrift, nasjonale og regionale planer, og gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Avtalespesialisten skal videre organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere. Avtalespesialistene har imidlertid ikke juridisk kompetanse til å vurdere og tildele pasientrettigheter. Med endringen i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 er loven endret med sikte på å gi disse behandlerne slik kompetanse. Det har samtidig vært en felles vurdering mellom departementet, de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner at det må gjennomføres et forsøksprosjekt før slik kompetanse kan gis til alle avtalespesialistene. Departementet gir i revidert oppdragsdokument ansvaret for å gjennomføre et slikt forsøksprosjekt til de regionale helseforetakene, i samråd med foreningene og etater, jf. nærmere spesifisert oppdrag nedenfor. Samtidig varsler departementet at det tas sikte på å gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av kommende stortingsperiode.*

De regionale helseforetakene skal utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis, både innenfor psykisk helsevern og somatisk(e) fagområde(r). Arbeidet skal ledes av Helse Vest RHF. Arbeidet skal skje i samhandling med Den norske legeförening og Norsk psykologforening og må koordineres med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Frist: 15. oktober 2017.

I et felles notat datert 18. oktober 2017 fra de fire regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet er det gjort rede for hvordan det foreslås å prøve ut vurdering av rett til helsehjelp knyttet til avtalepraksis.

De regionale helseforetakene peker i notatet på ulike modeller for utprøving av vurdering av rett til helsehjelp.

- *Spesialistutdanningen av leger og tannleger er besluttet lagt om. Det vises til etablert forsøksordning med utdanning av legespesialister (LIS) i avtalepraksis. Driftsansvaret for ordningen som nå ligger i Helsedirektoratet, overføres til de regionale helseforetakene så snart som mulig og vil ved prøveprosjektets slutt 1. mars 2019 bli ivarettatt av den nye spesialistutdanningen for leger. Avtalespesialistene må integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette. Arbeidet må utføres i*

dialog med Helsedirektoratet og tilrettelegges opp mot ny spesialiststruktur og definerte læringsmål.

De regionale helseforetakene ved Helse Sør-Øst RHF overtok i juni 2017 ansvaret for forsøksordningen med utdanning av legespesialister i avtalepraksis. Avtalespesialistene skal i tråd med styringskravet integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette.

Det er etablert en prosjektgruppe og en styringsgruppe som arbeider med å få lagt et fundament for at helseforetak og avtalespesialister skal kunne inngå avtaler om spesialistutdanning i avtalepraksis fra 1. mars 2019. Prosjektet ser blant annet på økonomisk rammeverk for avtalene. Arbeidet bygger på erfaringer fra den forsøksordningen Helsedirektoratet hadde driftsansvaret for, herunder erfaringene til de to avtalespesialistene som i denne perioden hadde leger i spesialisering.

- *Det vises til arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og sykehus, jf. de inngåtte rammeavtaler. De regionale helseforetakene skal oppsummere erfaringer vedr. inngåelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Helse Nord RHF skal, på vegne av alle de regionale helseforetakene, levere en samlet statusrapport til HOD innen 20. november 2017*

De regionale helseforetakene er samstemt i å tilrå en pilotering av rettighetsvurdering etter modell 4.2, *Rettighetsvurdering i tilknytning til en eksisterende vurderingsenhet i et helseforetak/DPS*. I første omgang bør denne modellen utprøves innenfor psykisk helsevern, dernest innenfor somatikk.

En pilot etter modell 4.3, *Rettighetsvurdering i et samarbeid mellom avtalespesialister i gruppepraksis*, kunne også være mulig å gjennomføre, men en slik modell har et svært begrenset potensiale, grunnet få aktuelle kandidater for en slik modell.

De regionale helseforetakene vil samstemt frarå en pilotering etter modell 4.1, *Den enkelte avtalespesialist gis rett og plikt til å tildele pasientrettigheter*.

3.2 PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Andre oppgaver 2017

- *Det vises til departementets brev av 30. mars 2017, der Helsedirektoratet sammen med de regionale helseforetakene ved kompetansesentrene for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri bes om å bistå i arbeidet med å planlegge for nasjonal utbredelse av modell for rettspsykiatri. Helse Midt-Norge RHF skal etablere en styringsgruppe med blant annet SIFER, Domstolsadministrasjonen og Riksadvokaten. Styringsgruppen skal bidra med å sette i verk og kvalitetssikre oppdragene for nasjonal utbredelse.*

Oppdraget ble gitt til St. Olavs hospital HF. Styringsgruppe med sammensetning slik det fremgår av oppdraget, ble etablert våren 2017 og hadde sitt første møte den 26. juni 2017. Sluttrapport for prosjektet ble levert 8. januar 2018.

3.3 BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Andre oppgaver 2017

- Som følge av beslutninger i Nye metoder og gjennom overføring av flere legemidler fra folketrygden, utgjør finansiering og forvaltning av legemidler en stadig større oppgave for de regionale helseforetakene. Dette setter økte krav til regionale helseforetaks kapasitet til å forvalte legemiddelområdet, og fordrer evne til å realisere gevinster både gjennom anbudskonkurranser og overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler.

I 2018 tas det sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som varslet i Prop. 129 S (2016-2017) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Dette vil blant annet omfatte legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose. For at de regionale helseforetakene skal få tid til å forberede seg til overføringen, herunder bestille metodevurderinger, ble dette varslet allerede i Prop. 129 S (2016-2017).

De regionale helseforetakene skal:

- Etablere tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser knyttet til legemidler finansiert av regionale helseforetak, herunder legemiddelgrupper som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.
- Sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
- Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHIs bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer.

De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for hvordan disse styringskravene er fulgt opp.

Det vises til «Rapport om overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag» som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

En ny løsning for informasjon om kliniske studier er etablert som en del av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Den nye løsningen for kliniske studier gjør det enklere for forskere å publisere informasjon om kliniske studier. Informasjon knyttet til individuelle kliniske studier er strukturert, og skal om kort tid vises på helsenorge.no med mulighet for lenke fra helseforetakenes egne nettsider.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet igangsette prosesser for flytting og overføring av sekretariatet for Nye metoder fra

Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF. Det forutsettes at sekretariatet overføres med de ressurser som tilligger sekretariatet per i dag som tilsvarer 4 årsverk. Sekretariatet for Nye metoder skal bli involvert i prosessene rundt overflyttingen.

Sekretariatet for Nye metoder er 1. januar 2018 overført fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF. Det har vært gjennomført en god og involverende prosess basert på prinsipper for virksomhetsoverdragelse. Sekretariatet er per 1. januar 2018 operativt med organisatorisk og fysisk plassering i Helse Sør-Øst RHF. Tre stillinger er overført. Den fjerde er per årsskiftet utlyst med sikte på snarlig tiltredelse.

- *Siden 2015 har sykehusene regravsket celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. De regionale helseforetakene må sørge for at sykehusene har gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver. Det vises også til økning i tilskudd til Kreftregisteret omtalt i vedlegg 1.*

De fleste av regionens helseforetak har etablert rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravsking av tidligere prøver. Et par helseforetak vil få dette plass primo 2018.

- *Det tas sikte på en omlegging av Raskere tilbake-ordningen fra 2018. Med forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet 2018, vil dagens midler i Raskere tilbake-ordningen på kap. 732, post 79 og helserelaterte midler i ordningen på kap.732, post 70, overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (kap. 732, postene 72-77) i 2018. Dette innebærer at midlene inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF under post 76 og polikliniske refusjoner under post 77. Med grunnlag i de regionale helseforetakenes anbefalinger, forutsettes det at tilbud med gode resultater videreføres. Hvert regionale helseforetak skal i 2018 videreføre sine kjøp av helsetjenester knyttet til tidligere Raskere tilbake midler på samme nivå som i 2017. For å unngå brudd i pasientenes behandlingsforløp, skal hvert regionale helseforetak vurdere mulighetene for forlengelse av avtaler der det er aktuelt.*

I Helse Sør-Øst er det gjort forberedelser for omleggingen av «Raskere tilbake»-ordningen inn i drift. Behandlingstilbud med gode resultater er tilstrebet videreført, og alle helseforetak iverksetter behandlingstilbud innen muskel-skjelett-lidelser og angst/depresjon der dette ikke allerede er på plass. I tillegg er det igangsatt anskaffelse fra private leverandører innen arbeidsrettet rehabilitering- døgn- og dagbehandling, og individuell behandling for mild til moderat angst og depresjon. Private avtaler vil være på plass februar/mars 2018.

- *Utgiftene til laboratorievirksomhet ved sykehusene (kap. 732, post 77) har vist en langvarig og sterk vekst. Veksttakten i 2017 har økt. Departementet vil vurdere alternative tiltak i forslag til statsbudsjett 2018. Laboratorieanalyser kan rekvireres av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ber de regionale helseforetakene kartlegge om rekvisisjonene inkluderer den nødvendige (kliniske) informasjon som er nødvendig både for å vurdere om prøvene faktisk skal analyseres og for å tolke analysene. De regionale helseforetakene skal også foreslå tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget*

ikke er tilstrekkelig. Departementet ber om at resultatet av kartleggingen samt forslag til tiltak sendes til departementet innen 1. mai 2018.

Nødvendig klinisk informasjon for å ta stilling til indikasjon for laboratorieundersøkelser i pasientbehandling varierer betydelig i forhold til teknologisk utvikling og faglige særtrekk. Mellom, og innen, alle fagområdene er det ulik arbeidsdeling mellom rekvirent og laboratorium vedrørende vurdering av indikasjonsstilling. Bidraget fra laboratoriene til diagnostikken varierer også mye, fra rene kvantitative bestemmelser av enkeltkomponenter til samlet diagnostisk fortolkning. For det store volumet av analyser i medisinsk biokjemi er det som hovedregel rekvirent som foretar vurderingen av indikasjon for enkeltundersøkelsene ut fra klinisk problemstilling og laboratoriets veiledning. For andre laboratoriefag (eks. patologi og mikrobiologi) er det langt vanligere at prøven sendes inn med en klinisk problemstilling og at laboratoriets leger treffer beslutningene om hvilke undersøkelser det er behov for. Dette bygger da både på innsendt informasjon og innledende funn i laboratoriet.

De fleste laboratorier i Helse Sør-Øst er akkreditert, eller ISO-sertifisert. Her inngår krav om bruk av kvalitetsindikatorer og systematisk oppfølging av rekvirentene. Noen avdelinger innenfor laboratoriemedisin har derfor mangelfullt utfylte rekvisisjoner som kvalitetsindikator. For øvrig registreres mangelfullt utfylt rekvisisjon som avvik i kvalitetssystemene. Helse Sør-Øst RHF vil med utgangspunkt i dette, arbeide med å kartlegge omfanget av nødvendig klinisk informasjon innenfor laboratorieområdene. Denne kartleggingen vil legges til grunn for vurdering av hvilke tiltak som være aktuelle.

- *Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.*

Helse Sør-Øst RHF har vedtatt plan for økt samvalg i helseregionen. Det er etablert dialog med Helse Nord RHF om oppdrag de er gitt om samordning av arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk.

- *Med utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre (2016) og de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar (og ansvar for etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre), skal de regionale helseforetakene sammen utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Planen skal inkludere fremtidig håndtering av områder med lavt pasientvolum og mulighet for internasjonalt samarbeid i nordisk og europeisk regi. Helse Nord RHF skal koordinere arbeidet.*

Utredningen gjennomføres av Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, SKDE. Det er opprettet en styringsgruppe på fagdirektørnivå. Arbeidet er noe forsinket og forventes ferdigstilt våren 2018.

- *De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med og følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt og som er innenfor de*

regionale helseforetakenes ansvarsområde, herunder helseforetakene. Det vises til Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 297 S (2016-2017).

Helse Sør-Øst RHF er kjent med Riksrevisjonens undersøkelse om medisinsk kodepraksis. Funnene fra undersøkelsen gir grunn til bekymring da korrekt koderegistreringer er grunnleggende for styring og finansieringsgrunnlag for våre helseforetak.

Noen av helseforetakene i Helse Sør-Øst har egne ansatte som jevnlig kontrollerer registrering av diagnoser og prosedyrer opp mot pasientjournal, gjeldende kodeverk og regler for finansiering. Spesielt tilbakemeldinger fra Helsedirektoratet (NPR) og Avregningsutvalget om feil bruk av diagnose- og prosedyrekoder blir fulgt opp.

Gjennom deltagelsen i det interregionale arbeidet med å avdekke variasjon i kodepraksis får Helse Sør-Øst RHF mye kunnskap i hvilke fagområder som har utfordringer. Kunnskapen blir videre fulgt opp i dialogmøter med helseforetakene og også gjennom fagrådene som er etablert i Helse Sør-Øst.

- *De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utrede en nasjonal ordning med et ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for annen etablert behandling i Norge eller utlandet. Panelet skal også gi pasienter en likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier i Norge eller utlandet. Utredningen skal omfatte forslag til organisering, praktisk tilrettelegging og finansiering av ordningen, herunder sekretariatsfunksjon. Ordningen skal ivareta ulike pasientgrupper og fagområder og bør der det er hensiktsmessig utnytte kompetansen i nasjonale tjenester eller internasjonalt gjennom de europeiske referansenettverkene (ERN). Det bør ses hen til annet relevant pågående arbeid i de regionale helseforetakene om tilgang til legemidler uten markedsføringstillatelse. Det legges til grunn at ordningen finansieres innenfor gjeldende rammer og etablerte finansieringssystemer. Vi ber om at en utredning sendes departementet innen 1. november d.å. Det tas sikte på at ordningen etableres fra 2018.*

Utredningen av ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom ble forankret hos fagdirektørene og administrerende direktører i de regionale helseforetakene. Rapporten er oversendt fra Helse Sør-Øst RHF til Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

- *De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle pasientrettet informasjon for å gi pasienter bedre grunnlag for å velge om de vil delta i kliniske studier. Etikkmiljøer og pasientorganisasjoner bør trekkes inn i arbeidet. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no og i alle sykehus.*

Ny løsning for informasjon om kliniske studier er etablert som en del av felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Den nye løsningen for kliniske studier gjør det enklere for forskere å publisere informasjon om kliniske studier. Pasientrettet informasjon er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet og med de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning, der også etiske problemstillinger har vært diskutert. Dette har bidratt til forbedring av struktur og innhold i informasjon.

Ny tekst er lagt ut på helsenorge.no. Videre er opplegg for informasjon knyttet til individuelle kliniske studier strukturert og skal om kort tid vises på helsenorge.no med mulighet for lenke fra helseforetakenes egne nettsider.

4. RAPPORTERING PÅ KRAV FRA FORETAKSMØTET

4.1 KRAV OG RAMMER FOR 2017

STYRING OG OPPFØLGING

- *Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Ved endring i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen.*

Arbeidet med regional utviklingsplan pågår og det er planlagt styrebehandling av høringsutkast 14. juni 2018. Prosess og planstruktur er lagt opp etter «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*».

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å: utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.*

Arbeidet pågår. Det er kontakt med de andre regionene for å sikre tilstrekkelig samordning for at planene kan gi samlet bilde og være grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere et samarbeidsutvalg for miljø- og klimatiltak med representanter fra alle fire regioner, samt Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet må organiseres slik at man får et hensiktsmessig samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte.*

Samarbeidsutvalget er etablert og har vært i drift siden januar 2017. Utvalget består av representanter fra de fire regionale helseforetakene, Sykehusbygg og Sykehusinnkjøp. Det er også oppnevnt representanter for vernetjeneste og tillitsvalgte. Utvalget er ledet av Helse Vest RHF.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar.*

Det har i 2017 vært arbeidet med nasjonal koordinering og kunnskapsdeling innen dette området. Arbeidet videreføres i 2018, med Helse Sør-Øst RHF som ansvarlig for nasjonal rapport knyttet til samfunnsansvar og HMS.

Det er etablert et interregionale samarbeidet knyttet til miljø og klima i spesialisthelsetjenesten. Gjennom dette samarbeidet utvides erfarings- og kompetansedeling på tvers av regionene. Arbeidet forsetter i 2018. Helse Sør-Øst RHF utviklet i 2016 et elektronisk rapporteringssystem for indikatorene som gjelder ytre miljø, som ved utgangen av 2017 tas i bruk i de tre andre regionene forbindelse med innhenting av data til rapport for HMS og samfunnsansvar for 2017.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utvikle nasjonale systemer for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir ivarettatt i hele leverandørkjeden.*

Oppdraget er delegert til Sykehusinnkjøp HF. Sykehusinnkjøp har blant annet ansatt en farmasøyt med miljøfaglig bakgrunn. Sykehusinnkjøps legemiddeldivisjon støttes også av ressurser innen miljø og etisk handel. Samarbeidet dekker både arbeidstakerrettigheter i verdikjeden og miljøbelastning, inkludert risiko for utvikling av antibiotikaresistens. Det er også igangsatt et samarbeid med svenske län i arbeidet.

ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMER:

ÅPENHET OG DIALOG I HELSEFORETAKENE

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide om å øke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategier og tiltak, og utvikle felles indikatorer for å måle forbedringer i forholdet mellom ledelse og ansatte.*

I 2017 har de regionale helseforetakene samarbeidet om utvikling av en felles undersøkelse («*ForBedring*») som er en sammenslåing av medarbeiderundersøkelse, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS grovkartlegging. Formålet med den nye undersøkelsen er å legge til rette for målrettet lokalt forbedringsarbeid slik at både pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten. «*ForBedring*» vil bli gjennomført i hele spesialisthelsetjenesten i februar og mars 2018.

Det arbeides løpende med å øke kunnskapsgrunnlaget om forholdet mellom ledelse og ansatte på flere nivåer. Regionene har sammen tatt initiativ til et felles nasjonalt prosjekt hvor en sammen med DNLF og Spekter ser på mulighetene for videreutvikling av partssamarbeidet med Legeforeningen.

For den enkelte medarbeider er det forholdet til nærmeste leder som har størst betydning for det daglige arbeidet. For å få mer kunnskap om leder-medarbeiderforholdet på operativt nivå vil en viktig tilnærming være kartleggingen med den nye undersøkelsen «*ForBedring*». Likelydende kartlegging over flere år vil på sikt kunne danne grunnlaget for å si noe om utviklingen i forholdet mellom ledelse og ansatte og gi innspill til virksomme tiltak. Det vil fra 2018 rapporteres fra «*ForBedring*» til både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet (Pasientsikkerhetsprogrammet). Undersøkelsen danner også grunnlag for etablering av felles indikatorer på tvers av regionene.

- *Øke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategier og tiltak, og bli enige om en felles rapportering til HOD av forholdet mellom ledelse og ansatte, basert på eksisterende og planlagte undersøkelser/rapporteringer innen 1. juni 2017.*

Helse Sør-Øst RHF har sammen med de øvrige regioner lagt frem for Helse- og omsorgsdepartementet en tilnærming til å øke kunnskapsgrunnlaget og analysere årsaksforhold om forholdet mellom ledelse og ansatte.

For å få mer kunnskap om leder-medarbeiderforholdet på operativt nivå, vil en viktig tilnærming være kartleggingen med den nye undersøkelsen «*ForBedring*». Likelydende kartlegging over flere år vil på sikt kunne danne grunnlaget for å si noe om utviklingen i forholdet mellom ledelse og ansatte og gi innspill til virksomme tiltak. Det vil fra 2018

rapporteres fra «ForBedring» til både Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet (Pasientsikkerhetsprogrammet).

UTVIKLING AV HELTIDSKULTUR

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 prosent stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.*

Korrigert andel deltid (fast ansatte) lå ved utgangen av 2017 (desember) for foretaksgruppen samlet på 24,0 prosent. Korrigert gjennomsnittlig stillingsstørrelse (fast ansatte) utgjorde tilsvarende 94,1 prosent. Omfanget varierer avhengig av foretakets lokalisering. Andelen er klart lavere i hovedstadsområdet enn sør og nord i regionen.

Felles retningslinjer for bruk av heltid for Helse Sør-Øst er implementert i alle helseforetak. Dette innebærer blant annet at alle stillinger i utgangspunktet skal lyses ut som heltidsstillinger og at unntak må særskilt begrunnes. 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.

Siden 2011 har foretakene benyttet en elektronisk rapporteringsløsning. Deltidsansatte er pålagt å registrere seg med aktuelle data om ønsket eller uønsket deltid. Skjema skal oversendes de aktuelle linjeledere, som løpende vurderer og evt. godkjenner ønskede endringer.

Foretakene vurderer løpende egnede tiltak for å redusere andel deltid. Dette omfatter tiltak knyttet til:

- Utlysings- og ansettelsespraksis, herunder fortrinnsrett for deltidsansatte
- Permisjonspraksis, dvs. redusere unødvendig bruk av permisjoner
- Bemanningenheter/vikarpooler
- Kombinerte stillinger (inkl. sengepost/dagarbeidsenhet)
- Endrede arbeidstids-/turnusordninger (inkl. lengre dagvakter og flere helgevakter)
- Konvertering av variabel lønn til faste stillinger

I tillegg gjennomføres ved flere av foretakene egne prosjekter, der nye tiltak prøves ut systematisk og evalueres med tanke på generelle ordninger (eks. bemanningenhet sykepleie, 12-timersvakter jordmødre, økt grunnbemanning ved omgjøring av variabel lønn, turnusordninger med noen ekstra helgevakter).

Utfordringen knyttet til ufrivillig deltid er i hovedsak løst. Ved flere av regionens helseforetak/sykehus må det arbeides med å rydde opp i utlysingspraksis, særlig på pleiesiden, slik at hovedregelen om å lyse ut hele stillinger etterleves bedre. Dette er tatt opp og videreformidlet til foretakene gjennom det regionale HR-direktørmøtet. Ser man samlet på stillingsprosent, inklusive kombinerte stillinger og oppgaver organisert under bemanningenheter, er det heller ikke i pleieyrkene indikasjoner på mye ufrivillig deltid.

Det er imidlertid fortsatt et behov for å redusere den selvvalgte deltidsbruken i helseforetakene/sykehusene. Flere foretak har derfor gått ut med generell informasjon

om dette, særlig rettet mot aktuelle høgskoler. Det benyttes også mer selektive tiltak rettet mot nyutdannede og yngre i pleieyrkene, herunder traineeordninger o.l. Slike tiltak skal bidra til å motivere flere unge til å velge heltidsstillinger allerede ved starten av sin yrkeskarriere.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at helseforetakene i større grad enn nå tilbyr nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger.*

Styringskravet er fulgt opp på interregionalt og regionalt HR-direktørnivå. Helse Sør-Øst RHF har utredet rapporteringsløsninger i samarbeid med Sykehuspartner. Det er på grunnlag av dette utviklet en felles nasjonal styringsindikator. Indikatoren vil bli lagt til grunn for rapportering og løpende oppfølging på regionalt nivå.

Helseforetakene har fulgt opp aktivitetskravet med blant annet følgende tiltak:

- Hele faste trainee-stillinger for nyutdannede sykepleiere (Oslo universitetssykehus Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus og Vestre Viken).
- Aktiv bruk av bemanningsenhet/vikarpool (Sykehuset Telemark og Sykehuset Østfold)
- Generelt tilbud til nyutdannede om hel, fast stilling (Sykehusapotekene og Lovisenberg Diakonale Sykehus)

Sykehuset Innlandet er også i gang med å utrede trainee-stillinger. For øvrig fremholder alle foretak og sykehus at de bestreber seg på å tilby 100 prosent fast ansettelse til alle grupper nyutdannede, men at driftssituasjon og økonomiske rammer nødvendiggjør unntak fra denne hovedregelen. Flere peker også på at endel nyutdannede ønsker fast ansettelse, men ikke heltidsstilling.

- *Det skal rapporteres tertialvis på antall og andel hele faste stillinger på nyutdannet helsepersonell. Det skal rapporteres på de enkelte helsepersonellgruppene.*

Rapporteringsløsningen er utredet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene. En omforent operativ modell basert på tallfestet indikator er besluttet. Rapportering etter denne modellen vil etter planen bli iverksatt fra første tertial 2018.

VOLD OG TRUSLER MOT HELSEPERSONELL

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i Helsedirektoratets kartlegging av omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og av hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet.*

Helse Sør-Øst bidro aktivt i arbeidet til Helsedirektoratet med kartlegging av vold og trusler mot helsepersonell, både med konkrete data på omfang av registrerte hendelser samt eksempler på tiltak foretakene har for forebygging og håndtering av vold og trusler gjennom det systematiske HMS-arbeidet. I 2017 har de regionale helseforetakene samarbeidet om utvikling av en felles spørreundersøkelse som skal se pasientsikkerhet og HMS i en sammenheng. Undersøkelsen bygger på tidligere medarbeiderundersøkelser, pasientsikkerhetsundersøkelse og HMS grovkartlegging, og er gitt navnet «*ForBedring*».

Første kartlegging vil bli gjennomført i hele spesialisthelsetjenesten fra og med februar 2018. Undersøkelsen kartlegger blant annet ansattes tiltro til at de ville blitt godt ivare tatt dersom de ble utsatt for vold eller trusler der de jobber. Formålet med den nye undersøkelsen er å legge til rette for et målrettet lokalt forbedringsarbeid, slik at både pasienter og medarbeidere skal være trygge og sikre i helsetjenesten.

- *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.*

Kartlegging av vold og trusler mot ansatte og medpasienter i helseforetak/sykehus ved inngangen til 2017 viste at det arbeides systematisk med sikkerhet, samtidig som det er et forbedringspotensial. Det skjer trolig en underrapportering av vold og trusler fordi helsepersonell gjennom sin yrkesetikk ofte vurderer pasienter som syke, ikke voldelige. Både arbeidsgiversiden og vernetjenesten har derfor satt inn tiltak for å forbedre meldekultur på systemnivå ved å ta i bruk og videreutvikle avvikssystemer. I tillegg arbeides det med holdninger, opplæring og trening. Dette videreføres i 2018.

Både lokalt og regionalt arbeides det med å øke kunnskapsgrunnlag og meldekultur omkring vold og trusler. Lokale tiltak er blant annet knyttet til riktig medisiner og hindring av rusmiddelbruk, behov for bemanning og kompetanse i forhold til krevende pasienter, samt opplæring og trening av fast ansatte, nyansatte og vikarer. Videre er det satt inn en rekke individuelle miljøterapeutiske tiltak og tett oppfølging av pasienter med økt risiko for utagering.

Vold og trusler har også vært tema på to regionale verneombudssamlinger i 2017 med vektlegging av kunnskaps- og erfaringsdeling på tvers i foretaksgruppen knyttet til holdninger, opplæring og trening i sikkerhet i sykehus for ansatte. Regionalt og interregionalt har det også vært arbeidet med utvikling av indikatorer og definisjoner som er tilpasset spesialisthelsetjenesten.

- *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide med de andre regionale helseforetakene om å øke kunnskapsgrunnlaget på området og utvikle felles indikatorer for registrering, rapportering og oppfølging. Helse Vest RHF bes lede dette arbeidet.*

Interregionalt HR-indikatornettverk har arbeidet med å videreutvikle og samkjøre bruk av felles nasjonale HMS-indikatorer for spesialisthelsetjenesten. I dette arbeidet har HMS-lederne ved helseforetakene i Helse Sør-Øst gitt innspill til konkretisering og operasjonalisering av indikatorer knyttet til vold og trusler. Målet er at rapporteringen av vold og trusler mot helsepersonell skal bli mer reell og tilpasses kjennetegn ved spesialisthelsetjenesten. Arbeidstilsynets definisjon av vold og trusler spesifiseres til å omfatte vold, trusler og utagerende handlinger, også der voldsutøveren ikke er bevisst sine handlinger pga. kognitiv tilstand eller andre forhold.

SAMORDNING PÅ TVERS AV REGIONENE

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at de felleseide nasjonale foretakene har rammebetingelser som sikrer en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.*

De felleseide helseforetakene blir styrt gjennom årlige oppdragsdokument som angir krav og oppgaver, fastsetter aktivitetskrav og finansiering fra eierne.

Det er etablert et årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak. Arbeidet med oppdragsdokument og budsjett/finansiering inngår i årshjulet og blir utarbeidet i nær dialog med det enkelte helseforetak.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å rapportere ved behov på status for felleseide foretak i oppfølgingsmøter med departementet.*

Helse- og omsorgsministeren gjennomførte den 7. juni 2017 et møte med styreledere og administrerende direktører i de seks felleseide helseforetakene. I møtet deltok i tillegg de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. Målet med møtet var å orientere om helseforetakenes virksomhet, status og planer for utvikling framover samt om særskilte utfordringer.

OPPFØLGING AV PRIMÆRHELSETJENESTEMELDINGEN

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide med Helsedirektoratet om utvikling av en nasjonal modell for styrket faglig dialog mellom leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor helseforetaksområdene (kollegagrupper). Det bes om at Helse Sør-Øst RHF tar et særskilt ansvar for å gjennomføre en pilot.*

Utvikling av piloteringen har pågått i 2017 i regi av Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har vært medvirkende i arbeidet. Pilotprosjektet vil bli gjennomført i 2018.

SAMORDNING PÅ HELSEREGISTERFELTET

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i styringsgruppen for program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene og på registerområdet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.*

De regionale helseforetakene er representert og deltar i styringsgruppen for program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene og på registerområdet, i alle relevante arbeidsgrupper og i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre en styringsmodell på tvers av de regionale helseforetakene som gir fremdrift i kvalitetsregisterarbeidet og utvikling av medisinske kvalitetsregistre i tråd med nasjonale føringer. Årlig melding skal gi omtale av samordning og gjennomføringsevne på helseregisterfeltet.*

I det faste samarbeidsmøtet mellom de administrerende direktørene for de fire regionale helseforetakene er det besluttet at regionenes styring og organisering av arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal evalueres i 2018.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at utviklingen av medisinske kvalitetsregistre knyttes tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene.*

Neste generasjon av regionens hovedjournal, «DIPS», kommer med støtte for strukturert journal som kan knyttes til informasjonsstrukturen i kvalitetsregistrene. Regionen må imidlertid først teste og evaluere «DIPS Arena» i 2018, som beskrevet i «Felles plan - neste generasjon EPJ» (20. oktober 2017).

Flere medisinske fagmiljø tilknyttet kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst deltar i gjennomføring av pilotprosjekt «automatisert datafangst til kvalitetsregistre» med arketypebasert strukturering av journal, sammen med EPJ-leverandør, for å skaffe erfaring og legge til rette for eventuell senere EPJ-utvikling. Regionen deltar også i nasjonal arketypeforvaltning.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge til rette for en samlet drift av de medisinske kvalitetsregistrene hos Norsk Helsenett SF.*

Helse Sør-Øst RHF har sammen med de andre helseregionene bidratt aktivt til en samlet drift av de godkjente IKT-plattformene for medisinske kvalitetsregistrene hos Norsk Helsenett SF. Det er arbeidet med etablering av felles faktureringsjeneste hos Norsk Helsenett SF. Driften av alle nasjonale medisinske kvalitetsregistre som er på en av de godkjente nasjonale IKT-plattformene; er enten flyttet til Norsk Helsenett SF eller i en flytteprosess. Noen av de nasjonale kvalitetsregistrene som er plassert i Helse Sør-Øst, deriblant Kreftregisterets løsninger, benytter ikke en av de godkjente nasjonale IKT-plattformene, og driften av disse er derfor ikke flyttet til Norsk Helsenett SF.

Det er besluttet at alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene skal driftes hos Norsk Helsenett SF. Ved utgangen av 2017 er dette tilfelle for 26 av 54 registre.

MRS: 19 registre i drift. Dette er alle foreliggende MRS-registre.

QReg: 7 registre er flyttet over fra Helse Nord IKT i løpet av 2017, og ytterligere tre registre er planlagt flyttet tidlig i 2018 (ett av de er en nyetablering). De tre resterende QReg-registrene trenger større tilpasning og fornying før flytting, ifølge Helse Nord IKT. Dette er planlagt levert av programvareleverandøren til Helse Nord IKT i løpet av 2018.

eReg: Driftsplattformen er etablert hos Norsk Helsenett SF og et nasjonalt register er i drift med manuell import av data. Ytterligere tre registre er planlagt flyttet og etablert på plattformen. Programvareleverandøren Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregister Helse Sør-Øst RHF/Oslo universitetssykehus og Sykehuspartner har i samarbeid med Norsk Helsenett SF arbeidet med funksjon for meldingsoverføring, dvs. bruk av standard nasjonal meldingsoverføring for data fra lokale eReg-instanser. Dette har av ulike grunner tatt lengre tid enn planlagt. Videre framdrift med flytting av flere registre avhenger av at funksjon for meldingsoverføring blir implementert i alle regioner.

Det foreligger ikke plan for flytting av *Rapporteket* til NHN.

SAMORDNING AV FRAMSKRIVNINGER

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, om å redegjøre for Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan slik samordning kan sikres. Det skal videre beskrives hvilke forutsetninger/anslag som legges til grunn for sentrale variabler ved framskrivninger av kapasitetsbehov. Relevante variabler er demografi og sykdomsutvikling, oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste, endrede driftsmodeller knyttet til nye behandlingsformer, medisinsk teknisk utvikling, nye teknologiske løsninger osv. Rammene som følger av veileder for utviklingsplaner skal legges til grunn. De regionale helseforetakene skal legge fram en redegjørelse for departementet innen 1. november 2017.*
- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre samordning av framskrivninger av kapasitetsbehov. Det skal redegjøres for arbeidet innen 1. november 2017.*

Det er etablert en arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene og Sykehusbygg HF. Arbeidsgruppen ledes av Helse Sør-Øst RHF. Arbeidsgruppen skal medvirke til at framskrivningsmodellene for bemanning og kapasitet baserer seg på samme datagrunnlag og benytter sammenlignbar metodikk.

Det er utarbeidet rapport som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

INFORMASJONSTEKNOLOGI OG DIGITALE TJENESTER (E-HELSE)

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i det nasjonale arbeidet med én innbygger – en journal i regi av Direktoratet for e-helse, bistå Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med Helseplattformen, samt delta i arbeidet med nasjonal porteføljestyling som forvaltes av Direktoratet for e-helse.*

Helse Sør-Øst RHF er en aktiv bidragsyter i den nasjonale styringsstrukturen innenfor e-helse, gjennom deltakelse i Nasjonalt e-helsestyre, NUIT (nasjonalt prioriteringsutvalg), NUFA (nasjonalt utvalg for fag og arkitektur), Nasjonal IKT HF (NIKT) styre, NIKT prosjektforum, EPJ systemeierforum, klinisk IKT fagforum, fagforum arkitektur, fagforum for medisinske kvalitetsregistre, NIKT redaksjonsutvalg for arketyper, NIKT porteføljestyingsforum, produktstyret for www.helsenorge.no og referansegruppe for Helsedataprogrammet.

Helse Sør-Øst RHF har bidratt med to ressurser i referansegruppe for Helseplattformens kravspesifikasjon.

Helse Sør-Øst RHF arbeider også aktivt internt i regionen med innføring av nasjonale e-helseprosjekter, spesielt innenfor digitale pasient- og innbyggertjenester. Konseptfase for regional EPJ-utvikling er gjennomført, hvor de nasjonale målbildene i «én innbygger - én journal» understøttes.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no.*

Helse Sør-Øst RHF har gjennom 2017 arbeidet med innføring av digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseplattformen, www.helsenorge.no. Arbeidet er

organisert gjennom prosjektet «Digitale innbyggertjenester» som også har flere underprosjekter. I 2018 vil journalinnsyn på www.helsenorge.no bli innført i hele helseregionen.

Alle helseforetakene i Norge fikk nye nettsider i 2016 gjennom prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten». Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten har blant annet samme tekniske løsning, samme grafiske profil og felles innholdsstrategi. Helseforetakene har gjennom 2017 samarbeidet om å skrive, kvalitetssikre og oppdatere innhold. Antall felles behandlingstekster som er utarbeidet ved utgangen av 2017 er om lag 1 300. Statistikk for 2017 viser at nettløsningen hadde over 30 millioner sidevisninger.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å rapportere innen 1. mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.*

Helse Sør-Øst RHF rapporterte i mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling.

Helse Sør-Øst RHF har innført flere løsninger for meldingsutveksling og samhandling, men kartlegging har vist at det fortsatt også sendes en del papir. I rapporten fremgår årsaker for dette. Innen flere områder skyldes bruken av papir forhold på mottakers side. Det er i tillegg fagområder der man ikke har mulighet for å sende svarrapport elektronisk, i tillegg til at man for utveksling av informasjon mellom helseforetak har kommet kort også på nasjonalt nivå.

I Helse Sør-Øst RHF er det gjennomført flere tiltak innenfor program «Regional klinisk løsning» og innenfor IKT-forvaltning som har bidratt til å redusere bruken av papir gjennom 2017, men regionen er også avhengig av at samarbeidspartnere tilrettelegger løsninger som håndterer elektronisk meldingsutveksling i henhold til gjeldende standarder og krav i lov og forskrift.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med program for felles infrastruktur, sektorens mottaksprosjekt for modernisert Folkeregister og program for kodeverk og terminologi som ledes av Direktoratet for e-helse.*

Helse Sør-Øst RHF bidrar aktivt til utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger, med ressurser i en rekke nasjonale e-helse prosjekter/programmer. Blant disse er Felles Infrastruktur og Arkitektur (FIA), Digital patologi, Modernisert folkeregister, Robust mobilt helsenett, Elektronisk datafangst i pasientsikkerhetsprogrammet, Statistisk logganalyse (mønster-gjenkjenning), Program for kodeverk og terminologi og SAFEST strukturert legemiddelinformasjon.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utarbeide en felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger som er av nasjonal betydning og som har*

overføringsverdi mellom de regionale helseforetakene. Planen skal ferdigstilles innen 1. oktober 2017.

De regionale helseforetakene er aktive bidragsyter i utviklingen av tjenester på helsenorge.no. Det arbeides kontinuerlig med å utvikle nye tjenester og å videreutvikle eksisterende. Til grunn for videreutviklingen legges både pasientenes- og egne medarbeideres perspektiv. Felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger er utviklet og levert i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og Nasjonal IKT HF.

- *Foretaksmøtet ba Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF om å sørge for en felles plan og koordinert utvikling av elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrative system (PAS), blant annet for å danne grunnlag for felles realisering av én innbygger – én journal. Planen skal ferdigstilles innen 1. oktober 2017.*

«Felles plan - Neste generasjon PAS/EPJ» er ferdigstilt og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2017.

Uavhengig av strategi frem mot det overordnede målbildet for «Én innbygger - én journal», vil de tre regionene bidra aktivt til god integrasjon mellom PAS/EPJ-system i spesialisthelsetjenesten og PAS/EPJ-systemene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette skal medvirke til at pasientinformasjon følger pasientforløpet og dermed gi god kvalitet i pasientbehandlingen og god pasienttrygghet.

Deling av journaldokument på tvers av virksomheter og system er et grep som vil sørge for at pasientinformasjon kan følge pasienten på tvers av regionene. De tre regionale helseforetakene vil sammen ta initiativ til implementering av slik deling basert på internasjonale standarder.

DIPS Arena versjon 17.2 blir levert i januar 2018. Gjeldende planer viser at pilotering av DIPS Arena kan starte ultimo 2018. DIPS Arena versjon 17.2 vil inneha nesten all funksjonalitet fra DIPS Classic. DIPS Arena gir i tillegg omfattende forbedringer og ny funksjonalitet spesielt på EPJ-siden med blant annet støtte for strukturert journal. Det er avgjørende for de tre regionale helseforetakene at DIPS ASA lykkes med ferdigstilling av DIPS Arena.

De tre regionale helseforetakene har definert viktige felles målsettinger. Målsettingene blir håndtert gjennom følgende felles innsatsområder:

- Felles/koordinert leverandørstyring, samarbeid om utvikling av DIPS Arena
- Felles gjennomgang av tilgangsstyring
- Felles grensesnitt mot nasjonale og relevante regionale løsninger.

BEREDSKAP OG SIKKERHET

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetjenestens håndtering ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.*
- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter.*

Foretaksmøtets beslutning er fulgt opp gjennom utredning i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og andre berørte instanser. Mandat for beredskapsordningen ble godkjent av de fire regionale helseforetakenes administrerende direktører i møte 25. september 2017. *Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte* er etablert ved Oslo universitetssykehus, i tilknytning til CBRNE-senteret.

Utrykningsteam består av en kjernegruppe tilknyttet Oslo universitetssykehus HF. Dette teamet erstatter det tidligere «koppeteamet» (jf. tidligere Nasjonal koppeplan) og det midlertidige «ebola-evakueringsteamet» etablert i 2014.

Utrykningsteamet har følgende hovedoppgaver:

- Bemanne smitte-/intensivambulanse utgående fra Oslo universitetssykehus for transport av høyrisikosmittepasient fra lokalt helseforetak til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus.
- Bemanne smitte-/intensivambulanse ved langtransport av høyrisikosmittepasient i C-130J Hercules transportfly fra Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Svalbard til høysikkerhetsisolatet ved Oslo universitetssykehus.
- Bistå redningstjenestens helikoptre med transport av pasient(er) med mistenkt høyrisikosmittesykdom fra oljeinstallasjoner, skip og øyer uten ordinær flyforbindelse til sykehusisolat, dersom slik transport kan gjennomføres iht. gjeldende sertifiserings- og beskyttelseskrav for aktuelle luftfartøy og dersom praktisk støtte ikke kan ivaretas av regionalt helsepersonell (LA/330-sky).
- Organisere mottak av høyrisikosmittepasient i ambulansefly fra utlandet ved ankomst Oslo lufthavn, Gardermoen, med videre transport til høysikkerhetsisolat ved Oslo universitetssykehus.
- Bistå kommunelege og ambulansetjeneste med evakuering av mistenkt høyrisikosmittepasient fra passasjerfly på Oslo lufthavn, Gardermoen dersom varslingstiden tillater det.
- Bidra i opplæring og samtrening med personell i ambulansetjeneste og luftambulansetjeneste som utfører ordinære smittetransportoppdrag i de ulike helseregionene og som i krevende situasjoner vil måtte supplere det nasjonale medisinske utrykningsteamet med transportoppdrag.

Utrykningsteamets kompetanse, responstid, utstyr, finansiering, referansegruppe, rapportering og evaluering er nærmere beskrevet i teamets mandat. CBRNE-senteret bekjentgjør etableringen overfor landets helseforetak og andre aktuelle samarbeidspartnere.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å implementere Helsedirektoratets Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.*

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har implementert «*Veileder for helsetjenestens organisering på skadested*».

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2017 ytterligere forsterket det regionale informasjonssikkerhetsarbeidet. Det er etablert felles regionalt styringssystem i regionen som er innført i alle foretakene. Det er gjennomført tiltak for oppfølging av Riksrevisjonens tidligere rapporterte avvik knyttet til styring og kontroll av tilganger til helseopplysninger, i elektroniske pasientjournaler (EPJ) og medisinsk teknisk utstyr (MTU), samt planer for sikring av en samlet tilnærming og kompetanse innen informasjonssikkerhet og personvern i helseforetakenes/sykehusenes systemer.

Prosjekt for statistisk logganalyse (også kalt mønstergjenkjenning) er under oppstart og er besluttet etablert som regional tjeneste i Norsk Helsenett SF. Løsningen vil først etableres ved Oslo universitetssykehus hvor metodeprosjektet er gjennomført. Deretter vil tjenesten innføres i resten av regionen.

Forberedelse til GDPR pågår, herunder etableres løpende oversikt over databehandlinger. Arbeidet med informasjonssikkerhet og personvern gjøres som en del av alle endringsprosesser og målrettet oppdatering av regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet i regionen.

Regionalt program for IKT infrastrukturmodernisering er stilt i bero. I regi av Sykehuspartner HF gjennomføres grundige risikovurderinger som skal forankres i hvert helseforetak. Videre vil det gjennomføres personvernkonsekvensvurderinger. Blant annet gjennom dialog med Datatilsynet arbeides det med å sikre at disse er dekkende. Styrket informasjonssikkerhet er en av forutsetningene for videre modernisering av IKT-infrastruktur i Helse Sør-Øst.

Helse Sør-Øst RHF rapporterte 10.08.2017 og 30.10.2017 til Helse- og omsorgsdepartementet om det regionale helseforetakets arbeid og tiltak for forsvarlig kontroll med tilgang til helseopplysninger.

ORGANISERING AV AMK-SENTRALENE

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å følge opp anbefalingen om at koordineringen av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag utføres fra én AMK-sentral i hver region.*

Det er etablert en egen AMK-LA i Helse Sør-Øst lokalisert i Oslo AMK.

SIVILT-MILITÆRT SAMARBEID

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med revideringen og harmoniseringen av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BFF).*
- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å i samarbeid utvikle eget beredskapsplanverk i tråd med gradert Sivilt beredskapssystem (SBS) herunder hvordan man omgjør gradert planverk på regionalt nivå til ugradert planverk i helseforetakene.*

Arbeidet med revisjon og harmonisering av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BFF), herunder også utvikling av SBS Helse har pågått i 2017 under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Representasjon fra de regionale helseforetakene har vært ivaretatt av Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF, jf. Helse- og omsorgsdepartementets brev av 01.04.2016. Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF har bidratt med innspill til arbeidsprosessen. SBS Helse er ikke slutført, og arbeidet videreføres i 2018. SBS-helse vil ventelig være ferdig utarbeidet medio 2018 og er planlagt øvd under nasjonal helseberedskapsøvelse høsten 2018. SBS Helse omtales i Nasjonal helseberedskapsplan som ble fastsatt 01.01.2018.

Hvordan gradert planverk på regionalt nivå skal omformes til ugradert planverk i helseforetakene, herunder også hvilke planer som må forefinnes som en oppfølging av det sivile beredskapssystemet, inngår i arbeidet som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. De regionale helseforetakene vil utarbeide beredskapsplaner i tråd med SBS Helse.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i planleggingen og gjennomføringen av NATO-øvelsen Trident Juncture som skal gjennomføres i Norge i 2018.*

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdragsbrev til Helsedirektoratet gitt oppdrag om å planlegge for Nasjonal helseøvelse i 2018 kombinert med NATO øvelsen. På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet bedt Helse Vest RHF om å planlegge, gjennomføre og evaluere LIVE delen av Nasjonal helseøvelse 2018. Helse Vest RHF har gitt dette oppdraget videre til Helse Stavanger HF. Helse Sør-Øst deltar i arbeidet som gjennom dette er initiert:

- Det er utpekt ressurser til deltakelse i prosjektgrupper og arbeidsgrupper
- Det er avsatt ressurser til intern koordinering i foretaksgruppen, herunder samordning i forhold til ledelsen i helseforetak og regionale helseforetak
- Det er gjennomført en forberedende øvelse for toppledelsen i foretaksgruppen i samarbeid med Forsvaret. Øvingsaktivitetene vil bli fulgt opp i 2018 i tråd med planene som utarbeides
- Regionalt beredskapsutvalg har fulgt opp planleggingsaktivitetene gjennom sin handlingsplan og den regionale beredskapskonferansen i 2017. Helseøvelsen 2018 har også vært tema for et fellesmøte mellom de regionale beredskapsutvalg og de regionale helseforetakenes felles eide helseforetak

Det er videre avgitt ressurser i forbindelse med videreutvikling av totalforsvarskonseptet og oppfølging av NATOs Seven Baseline Requirements, herunder

prosjektarbeid for utvikling av konsept for håndtering av masseskader/evakuering av skadde.

Helse Sør-Øst RHF deltar i Helseberedskapsrådet og har gitt bidrag i arbeidet med Ledelsesmodell sivil-militært samvirke innen helse og sanitet og Styrkedisponering av helsepersonell.

Øvingsplanleggingen og tilgrensende arbeider, herunder ivaretagelse av helseforetakenes vertsnasjonsansvar er godt forankret i ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og involverte helseforetak. De regionale helseforetakene samordner sine aktiviteter.

ØKONOMISKE KRAV OG RAMMER:

Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskredittrammen

- *Som en del av regjeringens tiltakspakke mot ledighet, tildeles det et ettårig tilskudd på 100 mill. kroner til vedlikeholdstiltak til helseforetak i områder der arbeidsledigheten har økt mest. Midlene skal fordeles av de regionale helseforetakene etter en individuell vurdering. Det skal rapporteres på sysselsettingseffekten. Vedlikeholdstiltakene skal komme i tillegg til allerede planlagte vedlikeholdstiltak. Helse Sør-Øst får 15 mill. kroner (for å treffe Agderfylkene).*

For å gi god sysselsettingseffekt er midlene benyttet til tiltak med stor arbeidsinnsats fra eksterne leverandører og tilsvarende mindre vare- og materialkjøp. Tiltakene er også fordelt på alle de tre sykehusene i helseforetaket for å sikre god geografisk fordeling av sysselsettingseffekten.

- *Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2016–2017), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

De regionale helseforetak har innenfor rammer fastsatt av Stortinget adgang til å ha driftskreditter. Denne adgangen er gitt for at de regionale helseforetak til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å fastsett og fordele driftskredittrammene mellom de regionale helseforetak.

Helse Sør-Øst RHF har over år hatt store merutbetalinger knyttet til pensjonspremier. Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2008-2009) ble de regionale helseforetakenes driftskreditter hos private bankforbindelser overført til Norges Bank. Denne omleggingen var en del av det samlede opplegget for håndtering av pensjonskostnader og -premier for de regionale helseforetakene. Opplegget innebærer at differansen mellom pensjonskostnader og -premier håndteres gjennom endring av driftskredittrammer. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank innenfor rammer som er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet.

Investeringer og lån

- *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å revidere veileder for tidligfaseplanlegging slik at den blir samstemt med veileder for utviklingsplan.*

Revidert tidligfaseveileder for sykehusbyggeprosjekter ble vedtatt i Helse Sør-Øst RHF i styresak 088-2017. Veilederen ble forutsatt tatt i bruk for nye prosjekter, og for pågående prosjekter fra nærmest påfølgende faseovergang.

Det ble fattet tilsvarende vedtak i de øvrige regionale helseforetakene, basert på et felles forslag til styresak.

- *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å benytte standardromskatalogen som er utarbeidet av Sykehusbygg HF og bidra med evaluering av nye prosjekter.*

Standardromskatalogen ligger til grunn for alle de større prosjektene i Helse Sør-Øst RHF. Den er et dynamisk produkt, som tilpasses, utvides og utdypes over tid.

Veileder for evaluering er under utarbeidelse av Sykehusbygg HF. Helse-Sør-Øst RHF bidrar i dette arbeidet og vil legge denne veilederen til grunn for evalueringen av nylig avsluttede og nye prosjekter

- *Investeringer rapporteres i henhold til vedtatte langtidsplaner sammen med ØBAK med frist 1. juli 2017.
Konvertering av byggelån meldes innen 15. januar 2018.
Søknad om lånerammer for nye prosjekter meldes inn som en del av innsending av konseptfasevurderinger og senest innen 15. desember 2017.
Årlige låneopptak innenfor tildelte lånerammer skjer med bakgrunn i planlagt framdrift i prosjektene, jf. rapportering på langtidsplaner med frist 1. juli.*

Helse Sør-Øst RHF har rapportert investeringer i henhold til vedtatte langtidsplaner sammen med ØBAK innenfor fristen 1. juli 2017.

Helse Sør-Øst RHF hadde ingen byggelån knyttet til ferdigstilte prosjekter som kunne konverteres per 31. desember 2017 (jf. fristen 15. januar 2018).

Det ble sendt inn lånesøknad på Regional sikkerhetsavdeling ved Oslo universitetssykehus HF. Denne søknaden fikk ikke finansiering i statsbudsjettet for 2017. Imidlertid ble det gjennom budsjettavtalen bevilget 33 millioner kroner til forprosjekt. I tillegg ble det sendt inn lånesøknad på nytt klinikkbygg ved Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet. Det ble tildelt en ramme på 2 738 millioner kroner. Begge lånesøknadene ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet innenfor fristen 15. desember 2017.

Årlige låneopptak innenfor tildelte lånerammer i Helse Sør-Øst RHF skjer med bakgrunn i planlagt framdrift i prosjektene, og midlende er tilgjengeliggjort disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

PROTONSENTER

- *Foretaksrådet viste til at de regionale helseforetakene 5. desember 2015 fikk i oppdrag å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge, hvor følgende alternativer skulle utredes:
Alt. 1: Etablering av ett protonanlegg innen 2022
Alt. 2: Etablering av protonanlegg i Helse Sør-Øst og Helse Vest innen 2022.
For begge alternativene ble det også utredet to alternativer for planlagt behandlingsskapasitet. De regionale helseforetakenes utredninger i konseptfasen viser at kostnader for etablering av protonbehandling varierer mellom 1,8 mrd. kroner og 3 mrd. kroner avhengig av valg av løsning. Regjeringen vil sikre etablering av protonbehandling i Norge. Utbyggingen av protonbehandling finansieres med 30 prosent investeringstilskudd og 70 prosent lån. Med bakgrunn i de avklarende rammebetingelsene for etablering av protonbehandling bes de regionale helseforetakene å komme med en anbefaling om ett protonsentre med videre etappevis utbygging innenfor de gitte rammebetingelsene innen 15. oktober 2017. Det er bevilget 75 mill. kroner i investeringstilskudd i 2017. Denne bevilgningen er en del av det samlede investeringstilskuddet på 30 prosent av byggekostnadene. I tillegg er det avsatt 16,6 mill. kroner til utbygging av kompetanse og kunnskap om protonbehandling nasjonalt.*
- *Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å utrede to protonsentre i Norge. Utredningen skal planlegge for bygging av ett sentre innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plasseringen av sentrene blir eventuelt i Oslo og Bergen. Det bes om en anbefaling av valgt alternativ innen 15. oktober 2017.*

De regionale helseforetakene ble bedt om å komme med en anbefaling om ett protonsentre med videre etappevis utbygging innenfor de gitte rammebetingelsene innen 15. oktober 2017.

Dette ble gjort og dannet grunnlag for behandlingen av statsbudsjettet 2018, der det ble vedtatt å etablere det første sentret ved Radiumhospitalet ved Oslo universitetssykehus innen 2023. med tre behandlingsrom for klinisk bruk, og ett forskningsrom, som ved behov kan gjøres om til klinisk bruk.

Samtidig ble det vedtatt å etablere et sentre i Bergen, med ferdigstillelse i 2025, men med mulighet for å forskuttere for en tidligere ferdigstilling.

RESSURSUTNYTTELSE OG KVALITET I TJENESTEN

Oppfølging av prioriteringsmeldingen

- *Foretaksrådet viste til Stortingets behandling av Meld. St. 34 (2015–2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering. Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å legge prinsippene for prioritering til grunn for innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene og Statens legemiddelverk skal etablere en felles tilnærming til hvordan prinsippene for*

prioritering skal operasjonaliseres i tråd med forslagene i meldingen og tilpasset endringene i legemiddelforskriften som vil bli sendt på høring i 2017.

En arbeidsgruppe ledet av SLV og med deltakelse fra de regionale helseforetakene, FHI og Sykehusinnkjøp, LIS har arbeidet med oppdragene og levert rapporter til Helse- og omsorgsdepartementet i forhold til det forskriftsarbeidet som nå pågår.

En likelydende styresak er behandlet i styrene i de regionale helseforetak høsten 2017 og ivaretar endringene i prioriteringsprinsippene i forhold til tilsvarende styresak fra 2014, som følge av føringene i prioriterings- og legemiddelmeldingen. Det er et godt samarbeid mellom Legemiddelverket og de regionale helseforetak i forhold til samordnet praksis for innføring av nye legemidler.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utrede hvordan prinsippene for prioritering kan vektlegges i utformingen av regionale og lokale utviklingsplaner.*

Omsetting av prioritering til praktisk konsekvens er del av arbeidet med regional utviklingsplan. Det uttrykkes blant annet gjennom reduksjon av uønsket variasjon, bruk av samvalg, økt brukermedvirkning og økt oppmerksomhet rundt pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.*

Helse Sør-Øst RHF har videreført styringskravet til alle underliggende helseforetak med oppgaver innen pasientbehandling.

Kravet til foretakene er fulgt opp i de faste oppfølgingsmøtene. Det er i den forbindelse presisert at lederrollen i Helse Sør-Øst innebærer ansvar for å sikre helhetlige prioritering og likeverdige tjenester.

Helseforetakene rapporterer gjennomgående at dette temaet har inngått i hvert av de ulike lederopplærings- og lederutviklingstiltak som ble gjennomført i 2017. Det er i den forbindelse gitt systematisk opplæring i prioriteringsveiledere mv., og det er arbeidet systematisk med innføring av nye metoder.

Økt innovasjonseffekt av offentlige anskaffelser

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at Sykehusinnkjøp HF gjøres i stand til å fremme innovasjon og legge til rette for bruk av nye innovative løsninger.*

Sykehusinnkjøp HF har i 2017 arbeidet med å legge til rette for kjøp av innovative løsninger gjennom markedsdialog i forkant av anskaffelser, før kravspesifikasjoner settes endelig. Leverandører oppfordres til å stille avklarende spørsmål i forkant av anskaffelser og gjennom prosessene.

Overgang til faglig likeverdige legemidler

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Foretaksmøtet ba om at det innen 1. juni 2017 legges fram forslag for Helse-*

og omsorgsdepartementet til konkrete tiltak for hvordan helseforetakene kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler.

Helse Sør-Øst RHF har etter avtale med de øvrige regionale helseforetakene primo mars 2017 igangsatt og ledet dette arbeid. Etter møte med Helse- og omsorgsdepartementet 9. mai 2017 ble frist for levering av tiltak utsatt til 1. november 2017. «*Rapport om overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag*» ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i henhold til den nye fristen.

Avtalespesialistordningen

- *Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2017 blir vesentlig høyere enn i 2016. De regionale helseforetakene skal innenfor rammen av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å bedre samhandlingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialister.*

Antall årsverk og driftsavtaler for leger (somatikk og psykiatri) og psykologer i Helse Sør-Øst er:

	2016	2017
Årsverk i driftsavtaler		
• Somatikk	382,20	384,78
• Psykiatri	142,40	143,73
• Psykologi	284,50	282,18
SUM	809,10	810,69
Antall driftsavtaler		
• Somatikk	465	466
• Psykiatri	176	178
• Psykologi	324	321
SUM	965	965

Det er antall årsverk som er relevant for oppfyllelse av kravet om økt antall avtaler, da det er en vekst i dette som viser reell vekst i behandlingsskapitet. Årsaken er at antall hjemler ikke sier noe om størrelsen på driftsavtalen. For eksempel er en del av avtalene kun 20 prosent av et årsverk. Driftsavtaler med mindre andel trekkes inn når hjemmelsinnehaver slutter/går av med pensjon og benyttes til å bygge opp 100 prosent driftsavtaler. Dette innebærer at samme antall årsverk kan opprettholdes med et mindre antall avtaler.

Helse Sør-Øst RHF kunngjorde høsten 2017 ni nye 100 prosent driftsavtaler innen somatikk. Ytterligere to vil kunngjøres våren 2018. Dette vil øke antall årsverk og antall driftsavtaler innen somatikk med elleve i forhold til tabellen over. Det er også kunngjort fem driftsavtaler innen psykologi. Dette vil øke antall årsverk og antall driftsavtaler med fem innen psykologi i forhold til tallene over. Forventet effekt av disse nye avtalene vil, på grunn av medgått tid for tilsetting, bli i løpet av 2018. Helse Sør-Øst RHF arbeider med en ny regional plan, som skal gi en bedre oversikt over hvor det er behov for å etablere hjemler og innenfor hvilke fagområder, før utlysning av nye hjemler. Planen forventes styrebehandlet våren 2018.

For samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene vises til at Helse Sør-Øst RHF har rapportert til Helse Nord RHF, som har ansvar for rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet.

4.2 ØVRIGE AKTUELLE SAKER I 2017

FORETAKSMØTE 19.JUNI 2017 - ØKONOMISKE RESULTATKRAV OG ENDRINGER I DRIFTSKREDITTRAMMEN

- *Foretaksmøtet viste til Prop. 129 S (2016-2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017. Her er det foreslått å redusere de regionale helseforetakenes ramme for driftskreditt med 800 mill. kroner, fra 826 mill. kroner til 26 mill. kroner ved utgangen av 2017. Endringen skyldes redusert pensjonskostnad, endret anslag for lønnsvekst og endret betalbar premie, som til sammen gir reduksjon i driftskredittrammen på 800 mill. kroner i forhold til det som tidligere er lagt til grunn for 2017. Helse Sør-Øst RHF sin andel av denne justeringen utgjør 436 mill. kroner. Med forbehold om Stortingets godkjenning justeres Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt pr. 31. desember 2017 fra 450 mill. kroner til 14 mill. kroner. Foretaksmøtet vedtok: Driftskredittrammen for Helse Sør-Øst RHF reduseres med 436 mill. kroner fra 450 mill. kroner til 14 mill. kroner.*

Ved inngangen til 2017 er samlet driftskredittramme for de regionale helseforetakene på 5 996 millioner kroner, jf. Prop 1S (2016-2017). Herav utgjør driftskredittrammen til Helse Sør-Øst RHF 3 232 millioner kroner. I Prop. 1S (2016-2017) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremie blir 70 millioner kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2017, samtidig som det er lagt til grunn at helseforetakene skal benytte premiefond for å betale 5 100 millioner kroner av pensjonspremien. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 10. januar 2017 at samlet ramme for driftskreditt skulle reduseres med 5 170 millioner kroner ved utgangen av 2017, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 2 782 millioner kroner. Helse Sør-Øst RHF's driftskredittramme for 2017 reduseres således fra 3 232 millioner kroner ved inngangen til 2017 ned til 450 millioner kroner ved utgangen av 2017.

Ved behandling av Prop. 129 S (2016-2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017 ble det foreslått å redusere de regionale helseforetakenes ramme med 800 millioner kroner, som følge av antatt lavere pensjonskostnad i 2017. Driftskredittrammen for de regionale helseforetakene ble på denne bakgrunn redusert til 26 millioner kroner, hvorav Helse Sør-Øst RHF sin ramme for driftskreditt pr. 31. desember 2017 justert fra 450 millioner kroner til 14 millioner kroner.

FORETAKSMØTE 19.JUNI 2017 - INVESTERINGER OG LÅN

- *Lån til investeringer i helseforetakene kan bare tas opp gjennom låneordningen som administreres av Helse- og omsorgsdepartementet. Det vises til Prop. 129 S (2016-2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017 og forslag om tildeling av lån til nytt sykehus i Drammen. Med forbehold om Stortingets godkjenning, tildeles Helse Sør-Øst RHF lån til nytt sykehus i Drammen med en øvre låneramme på 8 460 mill. 2017-kroner og en bevilgning på 70 mill. kroner i 2017. Samlet låneramme utgjør 70 pst. av estimert kostnadsramme og utbetales i takt med framdriften i prosjektet.*

Foretaksmøtet vedtok: For 2017 tildeles Helse Sør-Øst RHF 70 mill. kroner i lån i tillegg til 645 mill. kroner i lån som er tildelt tidligere.

Helse Sør-Øst RHF fikk i Prop. 1 S (2016 - 2017) tildelt og utbetalt 645 millioner kroner i lån til investeringer, med henholdsvis 340 millioner kroner til lån til oppgraderings- og vedlikeholdsinvesteringer ved Oslo universitetssykehus, 225 millioner kroner til Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold og 80 millioner kroner til nytt psykiatribygg ved Sørlandet sykehus.

I Prop. 129 S (2016 - 2017) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2017 ble, med forbehold om Stortingets godkjenning, Helse Sør-Øst RHF tildelt en øvre låneramme på 8 460 millioner 2017-kroner til bygging av nytt sykehus i Drammen, med en bevilgning og utbetaling på 70 millioner kroner i 2017. Midlende for alle prosjektene er tilgjengeliggjort og utbetalt i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

FORETAKSMØTE 19.JUNI 2017 - FORETAKSTILHØRIGHET FOR KONGSVINGER SYKEHUS

- *Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus HF. / 2. Fødetilbudet skal videreføres som i dag. / 3. Det legges til grunn at overføringen skal skje 1. januar 2019.*

Helse Sør-Øst RHF fikk i foretaksmøte den 17. august 2015 i oppdrag å vurdere om det er hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende opptaksområde fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus. En prosjektgruppe, ledet av Helse Sør-Øst RHF, skulle vurdere om og eventuelt hvordan Kongsvinger sykehus kunne overføres til Akershus universitetssykehus. Prosjektet hadde også i oppdrag å utrede alternativer for utvikling av Kongsvinger sykehus i lys av modellene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet rapporten fra arbeidet 15. juni 2017 (sak 068-2017) og ba om at saken ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF.

I foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 29. juni 2017 ble det vedtatt å overføre Kongsvinger sykehus, med tilhørende opptaksområde, fra Sykehuset Innlandet til Akershus universitetssykehus med virkning fra 1. januar 2019. Dette innebærer en overføring av det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen i Kongsvingerregionen. Et overføringsprosjekt ledet av Helse Sør-Øst RHF skal sørge for gjennomføringen. Prosjektet ledes av en bredt sammensatt styringsgruppe med representasjon fra de berørte helseforetakene, brukere og tillitsvalgte. Det er parallelt etablert lokale prosjekter ved de berørte helseforetakene med ansvar for å tilpasse driften som følge av overføringen.

ÅRLIG FORSKNINGS- OG INNOVASJONSRAPPORT FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

Den årlige forsknings- og innovasjonsrapporten fra spesialisthelsetjenesten har vært utarbeidet siden 2013. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF, og rapport for 2016 ble levert innen fristen 1.juni 2017. Arbeidet videreføres som et samarbeid mellom alle de regionale helseforetakene, og en egen tverr-regional arbeidsgruppe er etablert for formålet.

DIGITAL LÆRING

Digital læring i Helse Sør-Øst ble betydelig styrket i 2017. Det ble gjennomført 207 000 e-læringskurs i regionen, hvilket er en økning på 31 prosent fra 2016. Dette er langt over målet på 10 prosent. Flere helseforetak hadde en økning på over 50 prosent sammenlignet med 2016.

I arbeidet med ny spesialistutdanning er flere e-læringskurs inkludert i anbefalt pensum for første del av utdanningen (LIS1), og det arbeides videre med digital læring for resten av utdanningen (LIS2 og LIS3). I forbindelse med ny spesialistutdanning er en egen kompetanseportal blitt integrert med portalen for digital læring (Læringsportalen). Det er positive effekter ved økt samarbeid mellom regionene om digital læring, og dette samarbeidet ble styrket. Kontakten med de private ideelle sykehusene om digital læring ble økt, og samarbeidet med KS om utveksling av e-læringskurs videreføres.

NASJONAL BEMANNINGSMODELL

I innføringen av Nasjonal bemanningsmodell arbeider Helse Sør-Øst RHF med å utvikle et forenklet brukergrensesnitt og en standardisert prosess for bruk av modellen i strategisk planleggingsarbeid. Dette skal legge til rette for effektiv bruk av modellen: Arbeidet omfatter også en gjennomgang og analyse av hvordan scenarioteknikk og fremskrivningsarbeid brukes av andre aktører i helsetjenesten.

BRUDD PÅ ARBEIDSMILJØLOVENS ARBEIDSTIDSBESTEMMELSER (AML-BRUDD)

Omfanget av AML-brudd er vesentlig redusert de siste to årene. Helse Sør-Øst RHF arbeider nå med å bedre utnyttelsen av tilgjengelige datasett for å forstå årsaker og sammenhenger. Dette skal også legge til rette for bedre sammenligninger på tvers av regionen og med andre aktører.

5. STYRETS PLANDOKUMENT

5.1 UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER

- Utviklingen innenfor opptaksområdet
- Økonomiske rammeforutsetninger
- Personell og kompetanse
- Bygningskapital - status og utfordringer

I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet er kapittelet om utviklingstrender og rammebetingelser forenklet. Det vises til Helse Sør-Øst RHF's økonomiske langtidsplan og innspill til statsbudsjettet fra de regionale helseforetakene.

5.2 DET REGIONALE HELSEFORETAKETS STRATEGIER OG PLANER

Det vises til Helse Sør-Øst RHF's «[Plan for strategisk utvikling 2013-2020](#)».

Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst vil bli utarbeidet og ferdigstilles i løpet av 2018.

VEDLEGG TIL ÅRLIG MELDING 2018

Vedlegg 1:

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

Vedlegg 2:

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

Vedlegg 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

Vedlegg 4:

Rapportering 2017 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

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

Mål 2017 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Redusert i alle regioner sammenliknet med 2016. Skal være under 60 dager i alle regioner	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				72,7 dager	68,4 dager	59,0 dager	56,7 dager	Helseregionen har arbeidet målrettet med å redusere ventetider, spesielt pasienter med ekstra lange ventetider på 1 år eller mer. Antallet langtidsventere er redusert kraftig i Helse Sør-Øst. Blant tiltakene er opprydning av ventelister og bruk av ledig regional kapasitet hos både offentlige og private. Helseregionen er godt innenfor de nasjonale målkravene på 60 dager
							<i>Høyest</i>	
							81,6 dager	
						<i>Lavest</i>		
							49,5 dager	
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				6,3 %	5,3 %	1,2 %	1,6 %	Helse Sør-Øst RHF har i 2017 etablert regionale innsatsgrupper som arbeidet systematisk mot poliklinikker som har høye volumer av fristbrudd. Målsetningen er å identifisere årsaker til fristbrudd og igangsette tiltak for å redusere dette.
							<i>Høyest</i>	
							3,4 %	
						<i>Lavest</i>		
							0,1 %	
Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper)	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				76,0 %	73,0 %	75,1 %	72,2 %	Helseregionen har oppnådd målkravet på minst 70 %.
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						71,4 %	82,3 %	
				<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>			
							80 %	68,1 %
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				63,4 %	63,3 %	66,3 %	58,7 %	Det arbeides med prosessforbedring og innføring av 3-strøms videokonferanser mellom helseforetak som vil bidra til raskere avklaring. 3-støms videokonferanser ble gjennomført som pilot i 2017.
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						78,3 %	87,5 %	
				<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>			
							53,9 %	47,2 %

Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<ul style="list-style-type: none"> Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet 		Helse- direktoratet	Tertialvis	n/a	n/a	8,4 %	9,1 %	<p>Data fra før 2017 foreligger ikke.</p> <p>Indikatoren andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet er en indikator som først ble brukt i Helse Sør-Øst og som senere ble gjort nasjonalt gjennom det interregionale arbeidet om variasjon, kapasitet og effektivitet. Tall per 3. tertial 2017 viser at 8,4 % av alle planlagte pasientkontakter i Helse Sør-Øst skjer senere enn til planlagt tid. Andelen er blant de laveste i alle helseregioner. Fagområder som har flest brudd er innen hjertesykdommer, øye og øre-nese-halssykdommer. I Helse Sør-Øst følges helseforetakene opp på indikatoren gjennom månedlige oppfølgingsmøter. I tillegg er det utviklet en regional publiseringsløsning som gir muligheter for detaljert oppfølging på ulike nivåer og sider ved problemstillingen. En regional versjon av indikatordefinisjonen for uttak av indikatoren er utarbeidet slik at helseforetakene selv kan følge opp passerte pasientkontakter lokalt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten 				Ortopedi				<p>Indikatoren andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er en indikator som er møtt med stor interesse. Det er imidlertid knyttet store utfordringer til datakvalitet rundt indikatoren. Disse utfordringene er blant annet behandlet i Helsedirektoratets rapport om ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626), publisert i mai 2017</p>
				6,8 %	7,3 %	7,3 %	3,8 %	
				PH				
				30,7 %	32,4 %	31,7 %	24,2 %	
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				Ortopedi				
						13,7 %	15,6 %	
				PH				
						39,1 %	37,8 %	

						<table border="1"> <tr> <td><i>Lavest</i></td> <td><i>Lavest</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ortopedi</td> </tr> <tr> <td>4,0 %</td> <td>1,0 %</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PH</td> </tr> <tr> <td>23,1 %</td> <td>1,3 %</td> </tr> </table>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	Ortopedi		4,0 %	1,0 %	PH		23,1 %	1,3 %	<p>(https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-av-ventetidsregistrering-i-spesialisthelsetjenesten). Et av funnene er at det er en stor forskjell i antall avviste mellom helseregioner som har DIPS som pasientadministrativt system og helseregioner som ikke har det (Helse Midt-Norge). Helsedirektoratet har publisert andel avviste for to fagområder, ortopedi og psykisk helsevern. Innenfor ortopedi er andel avviste per 2. tertial 2017 rundt 4 % som er en ned fra 7 % sammenlignet med samme periode i 2016. For psykisk helsevern er andelen 24 % som også er en nedgang fra 34 %. Det presiseres av Helsedirektoratet at det er fortsatt knyttet stor usikkerhet til tallene og det arbeides både nasjonalt og lokalt for å sikre riktig uttrekk og beregning av indikatoren. Blant annet vil rapportering av den seneste versjonen av NPR-melding til Helsedirektoratet føre til at tallene vil bli mer korrekte.</p>
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>																
Ortopedi																	
4,0 %	1,0 %																
PH																	
23,1 %	1,3 %																
<ul style="list-style-type: none"> Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet 				18,8 %	19,2 %	<table border="1"> <tr> <td>18,9 %</td> <td>19,9 %</td> </tr> <tr> <td><i>Høyest</i></td> <td><i>Høyest</i></td> </tr> <tr> <td>40,7 %</td> <td>50,4 %</td> </tr> <tr> <td><i>Lavest</i></td> <td><i>Lavest</i></td> </tr> <tr> <td>4,8 %</td> <td>4,8 %</td> </tr> </table>	18,9 %	19,9 %	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	40,7 %	50,4 %	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	4,8 %	4,8 %	<p>Indikatoren andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet viser om det er stor variasjon i antall nyhenviste innen fagområdet ortopedi Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial viser at Helse Sør-Øst er blant helseregionene med lavest andel nyhenviste til fagområdet ortopedi på rundt 19%. Helse Nord er høyest med 31 %. Det er knyttet noe utfordringer til tallmaterialet med hensyn til riktig tallgrunnlag for faget ortopedi.</p>
18,9 %	19,9 %																
<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>																
40,7 %	50,4 %																
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>																
4,8 %	4,8 %																
<ul style="list-style-type: none"> Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet 				45,2 %	44,9 %	<table border="1"> <tr> <td>46,6 %</td> <td>44,9 %</td> </tr> <tr> <td><i>Høyest</i></td> <td><i>Høyest</i></td> </tr> <tr> <td>56,9 %</td> <td>55,4 %</td> </tr> <tr> <td><i>Lavest</i></td> <td><i>Lavest</i></td> </tr> <tr> <td>31,9 %</td> <td>20,3 %</td> </tr> </table>	46,6 %	44,9 %	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	56,9 %	55,4 %	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	31,9 %	20,3 %	<p>Indikatoren andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet viser i hvor stor grad sykehusavdelingene har mye av sin aktivitet bundet i kontroller av behandlede pasienter. Det pekes på at det er</p>
46,6 %	44,9 %																
<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>																
56,9 %	55,4 %																
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>																
31,9 %	20,3 %																

								<p>knyttet stor usikkerhet til registrering av kontroller. Usikkerheten er både knyttet til forståelsen av hva som faktisk er kontroll og forskjeller mellom ulike pasientadministrative system. Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at Helse Sør-Øst har en andel på 45 % som er det samme som året før. Dette er noe høyere enn de andre helseregionene med unntak av Helse Midt som har høyest andel med 58 %. Ulikheter i pasientsystem og registreringspraksis er sannsynlige forklaringsfaktorer på den variasjonen som finnes mellom helseregionene.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted 				6,7 %	7,3 %	6,7 %	7,3 %	<p>Indikatoren andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted viser andelen aktivitet som utføres ambulant hos helseforetakene. Bruk av ambulant behandling kan ha en forebyggende effekt i psykisk helsevern samtidig som det gjør at man når ut til flere pasienter som av ulike årsaker ikke kan komme til behandlingsstedet. Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at andel ambulant i Helse Sør-Øst ligger på 7 % som er lavest av alle helseregioner. Det er forholdsvis små variasjoner mellom regionene der Helse Midt er høyest på 10 %. I 2017 er det innført aktivitetsbasert finansiering (ISF) for deler av psykisk helsevern og TSB. Blant det som omfattes er også ambulant aktivitet. Foreløpig synes det å gi lite utslag på statistikken.</p>
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				13,9 %	14,3 %	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
				3,1 %	3,0 %			

Vedlegg 2: Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering								
<p>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»3 og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.).</p>	<p>Prosentvis større reduksjon i ventetid.</p> <p>Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.</p>	<p>Gjennomsnittlig ventetid: HelseDirektoratet</p> <p>Kostnader: De regionale helseforetakenes regnskap</p> <p>Årsverk: De regionale helseforetakenes HR-systemer og SSB for private</p> <p>Polikliniske konsultasjoner: HelseDirektoratet (Helfo)</p>		1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat				
				Årstall der dette er mulig								
				Ventetid				Som.				
								61,9 dager	66 dager	55,6 dager	57,3 dager	<p>Helseforetak/sykehus beskriver i sine årlige meldinger hvordan man har søkt å nå målet, men det er blant annet utfordringer med sammenligning av tallgrunnlaget fra 2016 grunnet omlegging av systemet for poliklinisk behandling, med innføring av ISF-ordning. Det har vært lagt vekt på å nå målet om større vekst innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikk, målt i aktivitet, kostnadsvekst og årsverk. Ventetider og fristbrudd har vært en del av målområdet. Flere helseforetak har nådd målet innen deler av måleparameterne, eksempelvis Akershus universitetssykehus som har en vekst i årsverk på 0,6 % i somatikk, 1,5% i VOP og 1,6% i TSB. Det er stor usikkerhet knyttet til hva som er det samlede resultat ut i fra det som beskrives i årlig melding og flere helseforetak skal ettersende tall. Samlede tall på regionsnivå med kostnader, aktivitet og årsverk må gjennomgås i Helse Sør-Øst RHF før man vurderer grad av måloppnåelse .</p>
								PH				
								47,5 dager	57 dager	47,5 dager	51,2 dager	
								TSB				
								37,7 dager	41,9 dager	41,7 dager	37,2 dager	
								<i>Høyest</i>		<i>Høyest</i>		
								Som.				
								86,3 dager		88,9 dager		
								PH				
								53,8 dager		60,4 dager		
								TSB				
								48,9 dager		50,0 dager		
								<i>Lavest</i>		<i>Lavest</i>		
				Som.								
				46,8 dager		50,7 dager						
				PH								
				41,1 dager		39,8 dager						
				TSB								
				24,1 dager		26,2 dager						

Kostnad			
Som.			
10,7 %	3,6 %	-2,2 %	-1,6 %
PH			
1,3 %	3,3 %	0,0 %	0,9 %
TSB			
0,6 %	5,3 %	5,2 %	0,2 %
		<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>
Som.			
		1,3 %	2,3 %
PH			
		3,9 %	3,7 %
TSB			
		5,8 %	9,8 %
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>
Som.			
		-3,3 %	-3,1 %
PH			
		-3,8 %	-4,8 %
TSB			
		-12,1 %	-14,4 %
Årsverk			
Som.			
2,0 %	0,7 %	0,9 %	0,9 %
PH			
-0,7 %	-0,3 %	-1,2 %	-1,1 %
TSB			
1,3 %	-0,3 %	-0,9 %	-0,3 %
		<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>
Som.			
		2,1 %	2,2 %
PH			
		1,8 %	1,6 %
TSB			
		4,8 %	3,3 %
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>

						Som.		
						-1,2 %	-2,0 %	
						PH		
						-6,8 %	-6,0 %	
						TSB		
						-21,2 %	-20,4 %	
						Polikliniske konsultasjoner		
						Som.		
						9,4 %	8,8 %	2,5 % 3,0 %
						PH VOP		
						6,6 %	6,9 %	-1,3 % -3,0 %
						PH BUP		
						-1,6 %	0,5 %	-8,7 % -9,2 %
						TSB		
						7,8 %	6,9 %	3,8 % 0,2 %
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						Som.		
						10,6 %	9,9 %	
						PH VOP		
						6,8 %	5,8 %	
						PH BUP		
						-0,2 %	-2,4 %	
						TSB		
						34,3 %	15,3 %	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
						Som.		
						-9,7 %	0,7 %	
						PH VOP		
						-11,2 %	-10,8 %	
						PH BUP		
						-28,3 %	-27,6 %	
						TSB		
						-30,3 %	-29,8 %	
Antall tvangsinnleggelseser i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenlignet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				0,61	0,67	0,63	0,60	

								<p><i>Høyest</i> <i>Høyest</i></p> <p>0,75 0,79</p> <p><i>Lavest</i> <i>Lavest</i></p> <p>0,40 0,37</p>	<p>Det rapporteres om en bred innsats for pasienter i risikogruppen, der tidlig intervensjon og samarbeid med kommunene er sentralt. Et eksempel på tiltak er fra Sykehuset Østfold, der samarbeidsutvalget med kommunene har utarbeidet og revidert «<i>Lokal retningslinje for redusert og riktig bruk av tvang</i>». Planen inneholder detaljerte tiltak for å sikre frivillighet i tilknytning til innleggelse. Det legges særlig vekt på bruk av kriseplaner.</p> <p>I 2017 ble det gjennomført egne dialogmøter med kommunene i alle helsehus-distriktene for å vurdere hvilke konkrete tiltak i planen som bør prioriteres. Tilsvarende dialogmøter vil bli gjennomført i 2018. Foreløpige tall fra Sykehuset Østfold viser en reduksjon i innleggelse til tvungen observasjon på 9,9 prosent, en svak økning i innleggelse til tvungen behandling, og en betydelig reduksjon i bruk av TUD («tvang uten døgn») på 30 prosent.</p> <p>Kompetansefremmende og holdningsskapende tiltak er også sentralt i arbeidet. Systematisk gjennomføring av oppfølgingssamtaler med pasienter og pårørende i etterkant av en tvangsinnleggelse skal ivareta pasienten og bidra til bedre innsikt i tiltak pasienten mener vil kunne forebygge bruk av tvang, og ivareta pasienten tidligere i en mulig sykdomsutvikling. Brukerstyrte plasser er et virkemiddel.</p> <p>Videre kan nevnes implementering av tiltak iht. helhetlig akuttbehandlingsskjede som er gjennomført ved Akershus universitetssykehus i 2017. Det er etablert ulike tiltak for å styrke den akutte behandlingsskjeden gjennom samarbeid mellom de akutte behandlingsteamene ved DPS og Avdeling akuttpsykiatri, og mellom akuttteamene og kommunenes helsetjenester.</p> <p>Formålet er dels å forebygge unødvendige</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

--	--	--	--

								<p>tvangsinleggelse og dels å bedre pasientforløp. Fastleger kan konsultere akutt-teamene ved DPS for bistand til vurdering av pasientens tilstand og aktuelle tiltak. Akutt-teamene går i tillegg direkte inn i enkeltsaker med egne vurderinger og tiltak før en eventuell innleggelse i akuttavdelingen, samt med en tydeligere rolle i forbindelse med oppfølging av pasienter som skrives ut fra akuttavdelingen i påvente av at mer permanente tilbud til pasienten er etablert i poliklinikk og/eller kommune.</p> <p>Akershus universitetssykehus har også eget forebyggingsprosjekt i forhold til pasienter i risikogruppen for bruk av tvangsmidler. Antall pasienter på dom til psykisk helsevern har gått opp de siste år og dette påvirker også det samlede tallgrunnlaget. Samlet tallgrunnlag for 2017 vil bli gjennomgått og anvendt i det videre arbeid når dette foreligger. Ledelsesfrankrede dialogmøter om tvang med brukere er gjennomført jf. krav i oppdragsdokument 2017. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette målområdet i ledelseslinjen og det er opprettet et eget prosjekt som omhandler reduksjon i bruk av tvangsmidler.</p>
Antall pasienter i døgntilrettelagt omsorg i psykisk helsevern med ett eller flere tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				2016: 4,3		n/a	n/a	Det er bare offentliggjort tall for hele året hos Helsedirektoratet. Tall for 2017 foreligger ikke.
						Høyest	Høyest	
						n/a	n/a	
						Lavest	Lavest	
		n/a	n/a	Det arbeides godt ved våre helseforetak/sykehus med dette målområdet. Flere har egne pågående prosjekt der god klinisk kommunikasjon er vektlagt, med systematisk og obligatorisk opplæring for at alle skal ha nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Det beskrives blant annet at man arbeider med å øve på de-				

								<p>eskalerende samtaleteknikker i simuleringssenter og kursing og trening i terapeutisk konflikthåndtering.</p> <p>Det er også prosjekt for å redusere bruk av ulike atferdskontrollerende tvangstiltakstiltak for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Systematiske tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende anvendes til konkret forbedring. Kompetansefremmende og holdningsskapende tiltak er sentralt i arbeidet. Et eksempel er systematisk gjennomføring av oppfølgingsamtaler med pasienter i etterkant av at tvangstiltak er benyttet. Dette skal ivareta pasienten og bidra til bedre innsikt i hvilke tiltak pasienten mener ville kunne ha bidratt til å forebygge bruk av tvangsmidler og hvordan man best vil kunne ivareta pasienten i en tilsvarende situasjon. Helse Sør-Øst RHF har i 2017 etablert et regionalt prosjekt for å redusere all bruk av tvangsmidler. Mer enhetlig forståelse av regelverk og standardisering av registreringene er et delmål i arbeidet. To sentrale mål i prosjektet som skal gjennomføres i 2018 er å etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene og å utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.</p>
Avbrudd døgntilrettelagt tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				n/a	n/a	n/a	n/a	NPR har lagt ut data om gjennomføring/avbrudd i TSB i første tertial i portalen helsenorge.no. Dataene er ikke komplette. For Helse Sør-Øst foreligger ikke tall for helseforetakene, bare tall for de privateide institusjonene.
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						n/a	n/a	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
		n/a	n/a					

								<p>Helseforetakene: Ingen av helseforetakene har meldt inn avbrudd i behandling, det er manglende rapportering. Forklaringen er at helseforetakene har forskjellige versjoner av DIPS, men funksjonaliteten er den samme. For helseforetak som ennå ikke er standardisert vil kodeverkene være forskjellige. Dette gjelder Akershus universitetssykehus, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Sørlandet sykehus. Helse Sør-Øst er i gang med standardisering. «Drop out» rapporteres i dag ikke videre til NPR for de helseforetakene som har en slik kode (utenom standard) Saken følges opp av RSKI (Regionalt senter for kliniske IKT løsninger). Private leverandører: Statistikk fra de private leverandørene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF er presentert i rapporten. Flere er ikke tatt med i rapporten nå. Tema er tatt opp med alle private leverandører i ytelsesavtalemøtene i september og oktober og alle er bedt om å sjekke egne data og gi direkte beskjed til NPR.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 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 2017 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
Andel sykehusinfeksjoner	Redusert sammenliknet med 2016	Folkehelseinstituttet	2 ganger årlig	Mai 2017		November 2017		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Samlet har Helse Sør-Øst nådd det nasjonale målet for andel sykehusinfeksjoner under 4,7 % i 2017. I Helse Sør-Øst arbeides det kontinuerlig og målbevisst for å redusere sykehusinfeksjoner. Alle helseforetak og sykehus legger vekt på opplæring av basale smittevernrutiner internt, både som direkte opplæring og via e-læringsverktøy. Enkelte har innført handlingsplan for smittevern, det gjøres audits og interne revisjoner, samt oppfølging av avdelinger som har større utfordringer enn andre hva gjelder infeksjonsforekomst og smittevern. Ledelsesfokus og ledelsens gjennomgang som verktøy er viktige bidrag til reduksjon av infeksjoner ved våre helseforetak og sykehus. Postoperative sårinfeksjoner er fortsatt en utfordring, og er et satsningsområde for forbedring ved de fleste helseforetak og sykehus. Forebygging av infeksjoner i regionen ses i sammenheng med pasientsikkerhetsprogrammet der blant annet urinveisinfeksjoner, SVK og tidlig oppdagelse av sepsis er viktige elementer.
				Egne	Alle	Egne	Alle	
				3,1 %	4,0 %	3,2 %	4,0 %	
				<i>Høyest</i>		<i>Høyest</i>		
						5,2 %	5,9 %	
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>					
		0,0 %	0,0 %					
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 50 pst.	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat Det er bare offentliggjort tall for hele året hos Helseledelse. Tall for 2017 foreligger ikke. Helse Sør-Øst arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på slagbehandlingen. Et midlertidig fagutvalg hjerneslag leverte sin rapport «Akutt og subakutt behandling av
				2016: 61,8		n/a	n/a	
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						n/a	n/a	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
		n/a	n/a					

								hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016, Sykehus i nettverk». Anbefalingene fra rapporten er lagt inn som føring for helseforetakenes videre arbeid med utviklingsplaner.
Andel korridorpasienter i sykehus	0 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				1,4 %	1,0 %	1,4 %	0,9 %	Av helseforetakenes årlige meldinger fremgår at alle helseforetak arbeider med å redusere andel korridorpasienter og at de som har store utfordringer har særskilt stor oppmerksomhet på dette. Utfordringene møtes med ulike tiltak. Blant annet nevnes: <ul style="list-style-type: none"> • Redusere pasientstrøm inn i sykehusene (for eksempel forbedre henvisningsrutiner, samarbeid med fastleger) • Forbedre pasientlogistikken i sykehusene (for eksempel bedre systemer/rutiner for oppfølging og utnyttelse av sengekapasitet på tvers, handlingsplan for akutt overbelegg) • Forbedre pasientstrøm ut av sykehusene (for eksempel bedre planlegging og rutiner i forbindelse med utskriving, mer bruk av pasienthotell) i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
				<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				2,4 %		2,4 %	2,6 %	
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>					
				0,0 %		0,0 %	0,1 %	
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	Minst 30 pst.	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				18,0	17,9	20,4	22,0	Tiltak som er iverksatt for å nå målet er: <ul style="list-style-type: none"> • Lære av de helseforetakene som er gode på hjemmedialyse, hospitere hos de helseforetakene som er gode på hjemmedialyse • Arbeide kontinuerlig for å gi tilbud om både peritonealdialyse (PD) og hemodialyse (HD) hjemme
				<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				26,0		26,0	38,3	
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>					
				8,1		8,1	9,8	

								<ul style="list-style-type: none"> • Gi tidlig informasjon om fordelene med hemodialyse og peritonealdialyse hjemme - tema på nyreskole • Organisere dialyseavdelingen på en slik måte at pasientene kan få god opplæring på HD eller PD • Regelmessig vurdering av hjemmedialyse på dialyseemøtene • Samhandling med kommunehelsetjenesten • Systematisk arbeid for at de pasientene som ønsker det skal kunne få hjemmedialyse • Kulturendring hos behandler og pasient: «Dialyse er i utgangspunktet en hjemmebehandling» • Økt hjemmebehandling • Oppstart av «selvdialyseenheter» i helseforetaket.
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012	Sykehusenes legemiddelstatistikk	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				17,7	18,7	17,9	16,8	Av tiltak kan nevnes: <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikastyringsprogram herunder handlingsplaner og retningslinjer for bruk av antibiotika • Overvåking av antibiotikaforbruk med statistikker per måned • Risikovurdering • Antibiotikadag • Begrensinger i tilgjengelighet for bredspektret antibiotika • Antibiotikakontakter • Antibiotikavisitter • Obligatorisk å ta med antibiotikabruk ved tavlemøter • Undervisning
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						24,6	21,5	
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>			1,1	1,7	

								<ul style="list-style-type: none"> • Foreskrivingspraksis og retningslinjer for forkortelse av behandlingsvarigheten og – doseringer • Innsats mot avdelinger med høyt forbruk eller uheldig forbruksprofil • Rådgivningstelefon fra infeksjonsmedisiner • Bruk av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling med antibiotika
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 4: Rapportering 2017 Helse Sør-Øst RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2017 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>30 dagers totaloverlevelse har økt fra 94,7 % til 95,1 % fra 2013 til 2016 samtidig som variasjonen mellom helseforetakene er redusert. Fremdeles er 30dagers totaloverlevelse lavere i Helse Sør-Øst enn landsgjennomsnittet. Tallene har vært brukt som utgangspunkt for planlegging og gjennomføring av forbedringstiltak ved lokalisasjoner med lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet. Data og erfaringer fra 30 dagers overlevelse publisert av FHI er jevnlig gjenstand for diskusjon i de regionale fagdirektør- og AD-møtene. Avvik er gjenstand for diskusjon i Helse Sør-Østs oppfølgingsmøter med helseforetakene.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter innlagt med hjerneslag har økt fra 85,8 % til 87,1 % fra 2013 til 2016 i motsetning til utviklingen i OECD hvor utviklingen har stagnert. Fremdeles er overlevelsen signifikant lavere i Helse Sør-Øst enn landsgjennomsnittet og det er iverksatt en større gjennomgang av organisering av tilbudet for denne pasientgruppen i forbindelse med innføring av trombektomi. Dette arbeidet forventes ferdigstilt 2. tertial 2018.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter med hoftebrudd har økt fra 90,7 % til 91,2 % fra 2013 til 2017 og er nå på samme nivå som landsgjennomsnittet. Det er imidlertid fremdeles noe varians mellom helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til å initiere kvalitetsprosjekter i enheter med lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter med hjerteinfarkt har økt fra 88,3 % til 92,5 % fra 2013 til 2016 og er nå høyere enn landsgjennomsnittet.</p>
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 % innen utgangen av	GTT-undersøkelsene.	Årlig	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Resultater fra GTT-undersøkelse 2016, som ble publisert september 2017, anslår at det ved 13,9 % av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller fikk alvorligere</p>

	2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012	Helsedirektoratet		konsekvenser. Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold kan vise til en reduksjon i antall pasientskader på mer enn 25 % i denne perioden. Ved Sørlandet sykehus er det en reduksjon av pasientskader på mer enn 25 % ved kirurgisk og medisinsk klinikk. Alle sykehus og helseforetak i Helse Sør-Øst fortsetter det gode arbeidet med å gjennomføre innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet og følger resultatene på de områdene der skader oppstår hyppigst. Blant de lettere pasientskadene er legemiddelrelatert skade og annen kirurgisk komplikasjon hyppigst. Deretter følger urinveisinfeksjon og postoperativ sårinfeksjon. Blant de mer alvorlige skadene er postoperative sårinfeksjoner hyppigst. (Ref. GTT-rapport 2016.)
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig	Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Lovisenberg Diakonale Sykehus har for de første og obligatoriske innsatsområdene, oppnådd spredning av tiltakspakker til relevante enheter innen fristen ved utgangen av 2016. Flere helseforetak i Helse Sør-Øst viser god fremdrift i innføringen. Ved mange av helseforetak vil det likevel være behov for å utvide innføringsperioden for innsatsområdene. Implementering er avhengig av at ansatte involveres i endring av daglige arbeidsprosesser. Det er fortsatt nødvendig å etterspørre og holde fokus på innsatsområdene, fordi helseforetak og sykehus erkjenner at dette er viktige områder for pasientsikkerhet. Det er nødvendig å bygge varige strukturer og få målinger mer på plass med automatisert data uttrekk. Sykehuset Østfold er det helseforetaket som til nå har hatt svakest fremgang.