HELSE SØR-ØST

Kvalitet

Trygghet

Respekt

Innholdsfortegnelse

Innledning 4

Målekort 4

Målekort foretaksgruppen 4
Målekort Sykehuspartner HF 5
Driftskalender Sykehuspartner HF 5

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen 6

Gjennomsnittlig ventetid 6
Median tid til tjenestestart 8
Fristbrudd 8
Overholde pasientavtaler 9
Pakkeforløp for kreft 11
Pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet 12
Uønsket variasjon 12
Understøtte god drift og oppnå resultatkrav 13

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 15

Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 15
Polikliniske opphold 15
Kostnader per tjenesteområde 15
Gjennomsnittlig ventetid 16
Pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 16
Epikriser 16
Mindre bruk av tvang 16
Redusert avvisningsrate ved poliklinikkene innen psykisk helsevern 18

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet 19

Redusere andel pasientskader 19
Reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika 19
Ingen korridorpasienter 20
Epikriser 21
Utdanningskapasiteten i tjenesten 21
HMS-indikatorer 22

Særskilte temaer 25

Korona-pandemien 25
Samvalg 33

Sykehuspartner HF 35

Felleseide helseforetak 36

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF 36
Luftambulansetjenesten HF 36
Pasientreiser HF 37
Sykehusbygg HF 37
Sykehusinnkjøp HF 38

Risikostyring i Helse Sør-Øst 39

Om risikovurdering....39
Koronaepidemien påvirker resultatoppnåelsen....40
Iverksatte og planlagte tiltak for risikoområdene....40
Oversikt over risikovurdering og tiltak etter første tertial 2020....41
Vedlegg.... 46

Innledning

Virksomhetsrapport per første tertial 2020 omhandler status for styringsmålene 2020 for drift. Rapporten er bygget opp etter mal av styringsplakat for 2020. I tillegg inneholder tertialrapporten risikovurdering med tilhørende tiltaksliste. Under særskilte temaer omtales korona-pandemien og samvalg. Sykehuspartner HF og felleseide selskap omtales i egne kapitler.

Det utarbeides egne tertialrapporter for regional IKT-prosjektportefølje, programmene STIM og ISOP som gjennomføres i regi av Sykehuspartner HF og for regionale byggeprosjekter. Av denne grunn omtales ikke IKT- og byggområdet i denne rapporten.

Målekort

I målekortene under er denne periode lik april måned, mens hittil i år er status per første tertial.

Målekort foretaksgruppen

Målekort Helse Sør-Øst – 1. tertial 2020		Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål	
Kvalitet	Ventetid - somatikk	56,6	54		59,3	54	
	Ventetid - VOP	48,8	40		45,5	40	
	Ventetid - BUP	52,0	37		47,8	37	
	Ventetid - TSB	33,0	30		32,3	30	
	Andel kontakter passert planlagt tid	14,1 %	< 6%		10,6 %	< 6%	
	Pakkeforløp kreft -andel behandlet innen standard forløpstid - alle behandlingsformer	70 %	70 %		70 %	70 %	
	Korridorpasienter somatikk	0,3 %	0 %		1 %	0 %	
Aktivitet	ISF-poeng døgn, dag og poliklinikk sørge-for-ansvaret - somatikk	50 437	71 126		261 864	300 017	
Bemanning	Brutto månedsverk	62 928	61 715		62 166	61 755	
	Sykefravær (forrige måned)	11,9 %			9,2 %		
Økonomi	Resultat (tall i 1 000 kr)	-546 437	83 134		-987 337	341 556	
	Resultat eksklusive gevinst/tap (tall i 1 000 kr)	-546 027			-986 692		

Avvisningsrater	Denne periode		Måloppnåelse	Hittil i år		Måloppnåelse
	Faktisk	Mål		Faktisk	Mål	
Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - BUP	15,9 %	20 %		21,0 %	20 %	
Andel avvisningsrater ved poliklinikkene - VOP	25,2 %	20 %		26,4 %	20 %	

Prioriteringsregelen	Ventetid			Polikliniske opphold			Kostnader per tjenesteområde			
	HiÅ 2020	Mål	Måloppnåelse	HiÅ 2019	HiÅ 2020	Endring i %	HiÅ 2019	HiÅ 2020	Endring i %	Måloppnåelse
Somatikk	59,3	54		**1 117 082**	**986 861**	**-11,7 %**	**16 582 277**	**17 384 718**	**4,8 %**	
VOP	45,5	40		342 690	319 236	-6,8 %	3 466 399	3 559 880	2,7 %	
BUP	47,8	37		162 689	158 813	-2,4 %	818 241	866 160	5,9 %	
Psykisk helsevern				**505 379**	**478 049**	**-5,4 %**	**4 284 640**	**4 426 040**	**3,3 %**	
TSB	**32,3**	**30**		**90 688**	**87 947**	**-3,0 %**	**931 229**	**1 014 885**	**9,0 %**	

Målekort Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF		Denne periode		Mål-oppnåelse	Hittil i år		Mål-oppnåelse	Året	
		Faktisk	Mål		Faktisk	Mål		Estimat	Mål
Sikker og stabil drift	Driftskalender - grønne dager per måned per HF	27	28		26	28		28	28
	Brukeropplevd tilgjengelighet (oppetid)	99,99 %	99,00 %		99,98 %	99,00 %		99,00 %	99,00 %
	Antall kritiske hendelser sammenlignet med 2019	-50,0 %	0,0 %		0,0 %	0,0 %		0,0 %	<=0 %
Forvalte regionale løsninger og levere til regionale prosjekter	Tildelte ressurser iht. bestilte ressurser med tre måneders forutsigbarhet (interne og eksterne) gjennom Sykehuspartner HFs ressurskapasitet. Måles glidende siste tre måneder	94,00 %	98,00 %		92,00 %	98,00 %		98,00 %	98,00 %
Sikre riktig prioritering av tjenestebestillinger og forbedre leveransepresisjon	Leveransepresisjon. Alle leveranser (SLA+TE) hvor dato er avtalt med kunde. Andel leveranser levert i henhold til siste avtalte leveransedato.	75,0 %	60,0 %		66,0 %	60,0 %		60,0 %	60,0 %
	Redusere åpne saker.	2,7 %	-2,5 %		4,7 %	-10,0 %		-30,0 %	30 % reduksjon
	Brukertilfredshet (totalt sett "Hvor fornøyd er du med...?")	5,4	5,0		5,3	5,0		5,0	>=5
	Kvalitet på leveranser. Tilfredshetsmåling per kundeinitierte leveranseoppdrag (tjenesteendringer).	N/A	N/A		4,0	3,7		3,7	3,7
	Leveransevolum. Andel timer brukt på kundeinitierte leveranseoppdrag (tjenesteendringer) + SLA i % av totalt timeforbruk i Sykehuspartner.	N/A	N/A		8 %/82 604				2020 er nullpunktsmåli
Effektivisere og redusere kostnader	Resultat (MNOK) (inkl. Forsyningssenteret)	16	6		66	34		100	100
	Investering (MNOK)	80	79		253	337		995	984
HR	Kostnadseffektivitet lønnsproduksjon	1 212	1 172		1 213	1 172		1 172	1 172
	Sykefravær	3,5 %	5,5 %		4,1 %	5,5 %		5,5 %	5,5 %
	Brutto månedsverk (gjennomsnitt)	1 559	1 615		1 535	1 596		1 623	1 623
Logistikktjenester	Leveransepresisjon Forsyningssenteret	91,7 %	97,0 %		94,0 %	97,0 %		97,0 %	97,0 %

Driftskalender Sykehuspartner HF

Figur 1: Driftskalender for Sykehuspartner HF for april viser status per helseforetak. Målet er 28 grønne dager per måned. Målet er innfridd innen alle helseforetak med unntak av Oslo universitetssykehus HF.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

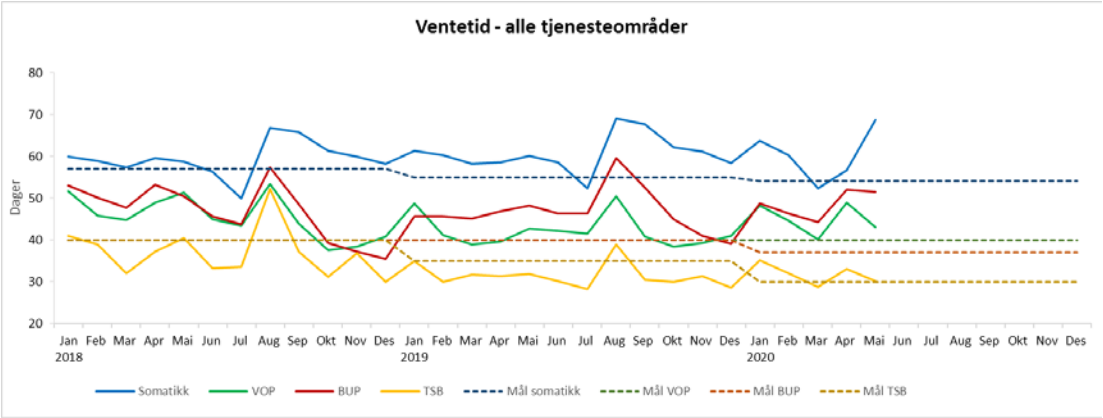
Gjennomsnittlig ventetid

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet (avviklet fra venteliste) er per april 2020 på 57,7 dager for alle tjenesteområder. Dette er en reduksjon på 0,4 dager sammenlignet med samme periode i 2019. Ventetidsmålet er ikke nådd innen noen av tjenesteområdene, og i forbindelse med pandemien har pasienter i behov av øyeblikkelig hjelp og helsehjelp for å unngå prognosetap vært prioritert. Pasienter med lav medisinsk prioritet har fått forlenget ventetid i denne perioden.

Status for de ulike tjenesteområdene per april 2020 er som følger:

- Somatikk: Ventetiden er 59,3 dager (58,5 dager for foretaksgruppen uten de fem private ideelle sykehusene). Målet om ventetid på 54 dager er ikke nådd.
- Psykisk helsevern voksne (VOP): Ventetiden er 45,5 dager (43,9 dager uten de fem private idelle sykehusene). Målet om ventetid på 40 dager er ikke nådd.
- Psykisk helsevern barn og unge (BUP): Ventetiden er 47,8 dager (47,9 uten de fem private ideelle sykehusene). Målet om ventetid på 37 dager er ikke nådd
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): Ventetiden er 32,3 dager (30,3 dager uten de fem private ideelle sykehusene). Målet om ventetid på 30 dager er ikke nådd.

Figur 2 viser utvikling i gjennomsnittlig ventetid innen de enkelte tjenesteområdene for pasienter med helsehjelp påstaret.



Figur 2: Gjennomsnittlig ventetid per tjenesteområde for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet.

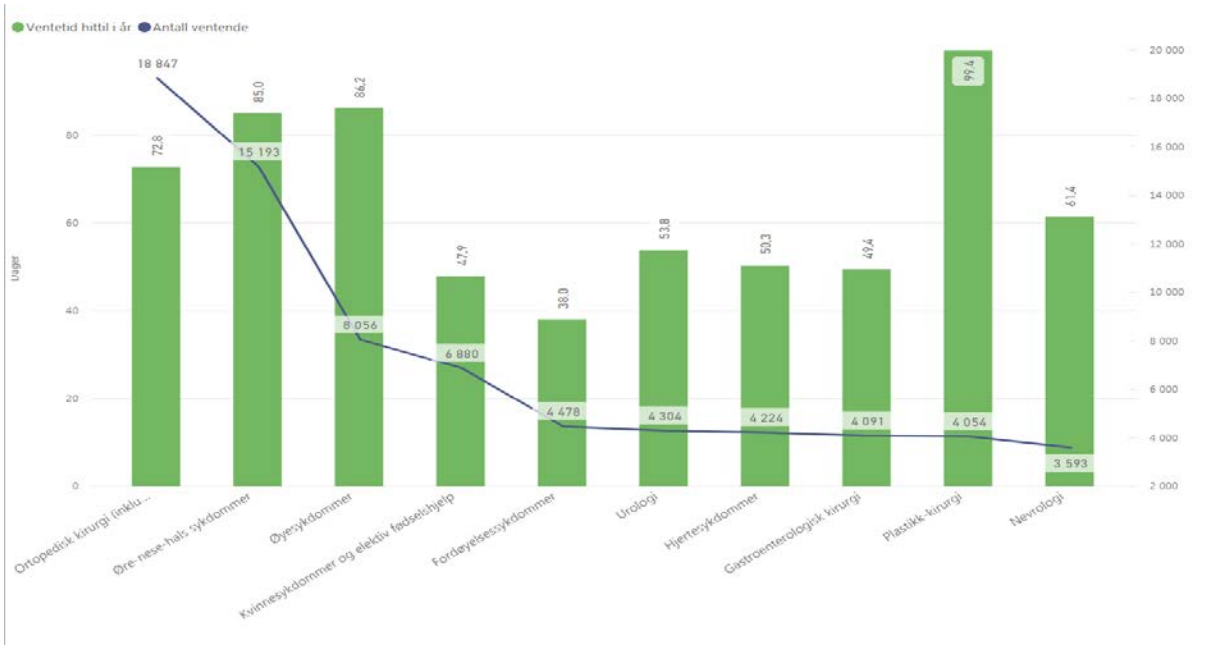
Flere av de private ideelle sykehusene har spesielt lange ventetider innen somatikk, noe som bidrar til å øke gjennomsnittlig ventetid for hele regionen. Ventetidene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har fulgt samme mønsteret som ventetiden innen somatikk. Det var en nedgang i årets tre første måneder, fulgt av en økning i april. Det er sannsynlig at økningen i ventetider også innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, på samme måte som innen somatikk, har sammenheng med utbruddet av Covid-19. Som det framkommer av figuren over, har den negative utviklingen snudd i mai for disse fagområdene.

Tabell 1 viser gjennomsnittlig ventetid for pasienter med helsehjelp påstartet per første tertial per helseforetak og sykehus.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med helsehjelp påstartet	1. tertial 2020									
	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Totalt	Hiå 2020	Hiå 2019	Hiå 2018	2019	2018
Akershus universitetssykehus	60,8	42,6	50,9	30,3	58,4	58,4	56,7	58,6	58,8	58,2
Oslo universitetssykehus	58,8	45,1	59,9	28,3	57,9	57,9	56,9	58,0	58,7	58,8
Sunnaas sykehus	61,1				61,1	61,1	51,3	57,0	53,1	52,7
Sykehuset i Vestfold	56,7	30,1	46,2	34,1	54,2	54,2	57,5	58,3	56,9	58,2
Sykehuset Innlandet	54,3	48,4	48,5	32,8	53,6	53,6	50,5	51,9	54,3	51,1
Sykehuset Telemark	57,2	31,0	35,5	30,4	55,3	55,3	54,7	54,2	57,4	55,6
Sykehuset Østfold	61,0	56,3	49,9	21,9	59,8	59,8	61,6	58,4	60,0	57,4
Sørlandet sykehus	65,2	52,4	40,8	34,3	63,8	63,8	62,8	58,6	65,6	61,5
Vestre Viken	53,8	42,1	47,3	35,6	52,6	52,6	55,4	57,9	54,3	57,9
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	58,5	43,9	47,9	30,3	57,0	57,0	56,9	56,9	58,1	57,2
Betanien Hospital	77,3				77,3	77,3	75,3	70,3	78,8	72,2
Diakonhjemmet Sykehus	56,7	37,7	24,8	33,1	52,2	52,2	54,4	57,3	57,7	56,0
Lovisenberg Diakonale Sykehus	81,2	54,8	55,5	36,9	74,8	74,8	79,1	83,2	77,1	84,2
Martina Hansens Hospital	60,6				60,6	60,6	73,7	57,7	70,4	63,3
Revmatismesykehuset	61,4				61,4	61,4	72,8	66,5	76,4	73,2
Private institusjoner med avtale			189,0	42,6	65,1	65,1	58,9	61,1	61,9	64,9
private institusjoner	59,3	45,5	47,8	32,3	57,7	57,7	58,1	58,0	59,3	58,4

Tabell 1: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med helsehjelp påstartet per første tertial.

Det er variasjon i ventetid både mellom helseforetak/ sykehus og fagområder. Ventetid per første tertial og antall ventende per fagområde for de 10 fagområder med flest ventende fremgår av figuren nedenfor.



Figur 3: Figuren viser ventetid hittil i år per fagområde (grønn søyle) og blå linje viser absolutte tall for de 10 fagområdene med flest antall ventende.

Tiltak

Helse Sør-Øst RHF følger opp helseforetakenes planer for opptrapping til mer normal drift. Psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og områder innen somatikk med lang ventetid vies spesiell oppmerksomhet og helseforetakene har fått beskjed om at dette er områder som skal prioriteres. I tillegg er det fortsatt oppmerksomhet på tidligere tiltaksplaner slik som for eksempel økt rekruttering, bedre logistikk og utnyttelse av kapasiteten i form av styrket bemanning på poliklinikk. Videre omfatter tiltakene kveldspoliklinikk og bruk av telefon- og videokonsultasjoner. Helseforetakene er bedt om å benytte seg av ledig kapasitet i regionen, både ved andre helseforetak og hos private avtaleparter og avtalespesialister. Tiltakene vil ha effekt både på gjennomsnittlig ventetid, median tid til tjenestestart, frisbrudd og overholdelse av pasientavtaler.

Median tid til tjenestestart

Tabell 2 viser median tid til tjenestestart per helseforetak i Helse Sør-Øst for tredje tertial 2018 og 2019, da data per første tertial 2020 ikke er tilgjengelig. For Akershus universitetssykehus HF er median tid til tjenestestart redusert, Vestre Viken HF ligger på samme nivå som året før, mens indikatoren har økt ved de øvrige helseforetakene.

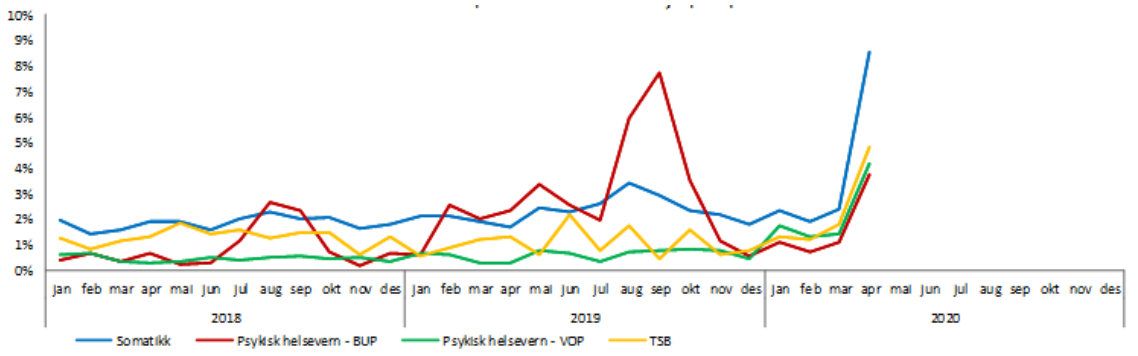
Helseforetak	2018	2019
Akershus universitetssykehus HF	64	58
Oslo universitetssykehus HF	67	72
Sykehuset i Vestfold HF	65	71
Sykehuset Innlandet HF	61	67
Sykehuset Telemark HF	54	56
Sykehuset Østfold HF	71	73
Sørlandet sykehus HF	57	67
Vestre Viken HF	69	69
Diakonhjemmet sykehus	66,5	67
Lovisenberg diakonale sykehus	96	99
Martina Hansens Hospital HF	112	137
Helse Sør Øst RHF	**63**	**68**

Tabell 2:Median tid til tjenestestart per helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst for tredje tertial i 2018 og 2019.

Fristbrudd

Fristbrudd er registrert og rapportert som normalt under pandemien til tross for endringene i midlertidig forskrift av 28. mars 2020 som opphevet meldeplikten til Helfo for en periode.

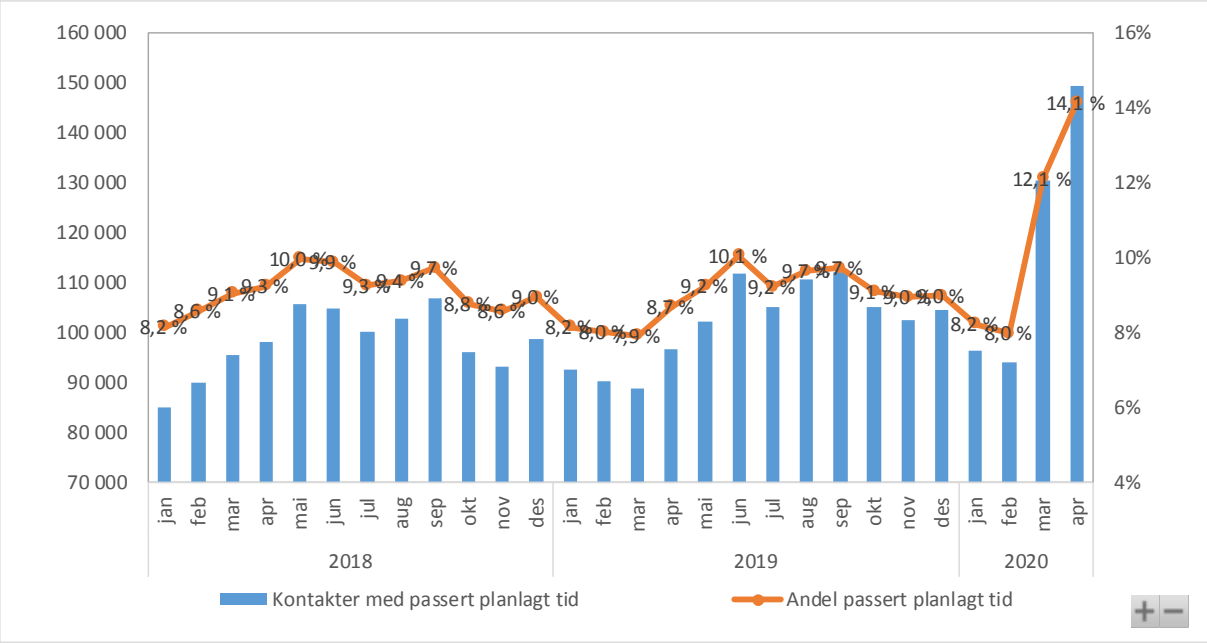
Figur 4 viser at andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet første tertial 2020 har økt vesentlig sammenholdt med samme periode i 2019. Økningen inntreffer hovedsakelig etter at helseforetakene har gått i beredskap og tilskrives derfor pandemiarbeidet.



Figur 4: Andel fristbrudd for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet første tertial 2020.

Overholde pasientavtaler

Helse Sør-Øst har som mål å overholde minst 94 prosent av pasientavtalene i 2020. Figur 5 viser antall og andel planlagte pasientavtaler som ikke er overholdt innen fastsatt tid, samt utviklingen per måned fra januar 2018 til april 2020. Figuren viser at målet ikke er nådd for noen av månedene i 2020 og at mange pasientavtaler er utsatt i forbindelse med pandemien. Til dels skyldes dette at pasientene har avbestilt timer (pasientønsket utsettelse) og at pasienter eller helsepersonell har vært i en karantenesituasjon.



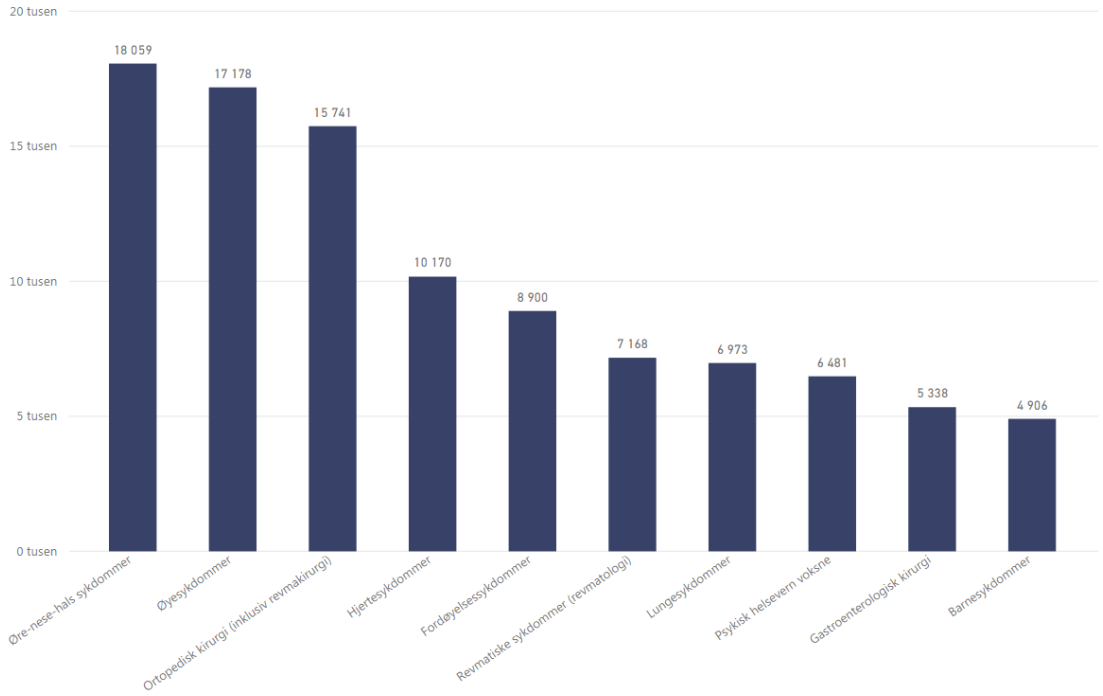
Figur 5: Antall og andel planlagte pasientavtaler som ikke er overholdt innen fastsatt tid fra 2018 til første tertial 2020.

I april er 14,1 prosent av pasientavtalene ikke er overholdt innen fastsatt tid. Tabellen under viser fordeling per helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst.

Helseforetaksnavn	Antall planlagte kontakter	Kontakter ikke passert planlagt tid	Kontakter med passert planlagt tid	Andel passert planlagt tid
Akershus Universitetssykehus	136 964	117 663	19 301	14,1 %
Oslo Universitetssykehus	236 062	214 717	21 345	9,0 %
Sykehuset Innlandet	100 886	85 718	15 168	15,0 %
Sykehuset i Vestfold	84 029	73 419	10 610	12,6 %
Sørlandet Sykehus	106 552	87 927	18 625	17,5 %
Sykehuset Telemark	51 120	43 848	7 272	14,2 %
Sykehuset Østfold	100 971	81 271	19 700	19,5 %
Vestre Viken	143 270	120 578	22 692	15,8 %
Sunnaas Sykehus	4 092	3 547	545	13,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	30 629	24 308	6 321	20,6 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	33 195	29 905	3 290	9,9 %
Betanien Hospital	9 632	7 333	2 299	23,9 %
Martina Hansen Hospital	14 989	13 459	1 530	10,2 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	4 714	3 950	764	16,2 %
Totalt	**1 057 105**	**907 643**	**149 462**	**14,1 %**

Tabell 3: Antall planlagte kontakter, og antall og andel avtaler med passert planlagt tid for helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst for april 2020.

Figur 6 viser absolutte tall for for de 10 fagområdene hvor flest pasientavtaler er passert.



Figur 6: Absolutte tall for de 10 fagområdene hvor flest pasientavtaler har passert planlagt tid.

Pakkeforløp for kreft

Målet er at andel nye pasienter som inkluderes i pakkeforløp kreft skal være minst 70 prosent, og at 70 prosent av pakkeforløpene skal gjennomføres innen standard forløpstid. For første tertial er 74 prosent av nye pasienter inkludert i pakkeforløp, og 69 prosent av pakkeforløpene er gjennomført innen standard forløpstid. Tabell 4 viser måloppnåelse per helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst for alle 26 pakkeforløp i perioden januar til og med april 2020, samt for april måned isolert.

Pakkeforløp januar - april 2020 og april 2020	Helse Sør-Øst		Ahus		OUS		SIV		SIHF		STHF		SØHF		SSHF		VVHF		DS		LDS		Antall pasienter april 2020
	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	Jan - april 2020	April 2020	
Skjoldbruskkjertelkreft	79 %		67 %		76 %								100 %		100 %		100 %						2
Bukspyttkjertelkreft	66 %	50 %	78 %		67 %	100 %	67 %		83 %	100 %	33 %	33 %	67 %		100 %		43 %		67 %				6
Lymfomer	46 %	50 %	50 %	40 %	48 %	43 %	27 %	67 %	59 %	67 %	40 %		33 %		70 %	50 %	40 %	67 %					26
Nevroendokrine svulster	84 %	50 %	80 %		75 %										100 %		100 %	100 %					2
Prostatakreft	59 %	53 %	57 %	56 %	56 %	48 %	77 %	78 %	62 %	70 %	58 %	64 %	48 %	40 %	56 %	45 %	60 %	38 %					135
Lungekreft	58 %	58 %	72 %	50 %	56 %	100 %	64 %	78 %	51 %	43 %	34 %	36 %	71 %	69 %	46 %	33 %	48 %	67 %	25 %		60 %	100 %	64
Nyrekreft	59 %	60 %	45 %	50 %	81 %	80 %	60 %	50 %	71 %	100 %	55 %	33 %	63 %	100 %	57 %	67 %	59 %	60 %					35
Sarkom	73 %	67 %			71 %	50 %							100 %	100 %									3
Brystkreft	63 %	68 %	72 %	74 %	43 %	70 %	76 %	75 %	74 %	89 %	65 %	60 %	80 %	82 %	41 %	39 %	71 %	65 %			33 %		152
Kreft i spiserør og magesekk	74 %	71 %	73 %	67 %	93 %	100 %	73 %	100 %	38 %				67 %		83 %	50 %	80 %	100 %	100 %		50 %		14
Livmorhalskreft (cervix)	65 %	71 %	40 %		68 %	83 %	100 %	100 %	50 %		100 %				100 %	100 %	50 %	50 %					14
Eggstokkreft (ovarial)	66 %	73 %	81 %	100 %	73 %	67 %	50 %		63 %				71 %	75 %	100 %		38 %		50 %				11
Tykk- og endetarmskreft	72 %	73 %	57 %	57 %	77 %	71 %	69 %	56 %	76 %	91 %	63 %	89 %	85 %	100 %	89 %	83 %	73 %	73 %	86 %	75 %	50 %	50 %	111
Livmorkreft (endometrie)	71 %	80 %	82 %	100 %	71 %	60 %	82 %	100 %	64 %	100 %	50 %		67 %	100 %	56 %		70 %	80 %					25
Hjernekreft	86 %	82 %	75 %		86 %	78 %			75 %	100 %					100 %	100 %	100 %						11
Blærekreft	87 %	82 %	85 %	70 %	85 %	89 %	86 %	88 %	87 %	80 %	80 %		86 %	71 %	93 %	100 %	89 %	100 %					51
Hode- halskreft	70 %	83 %			71 %	83 %			50 %														35
Myelomatose	86 %	83 %	33 %	100 %	100 %		100 %	100 %	50 %		100 %		89 %	100 %	100 %	100 %	100 %				50 %		6
Føflekkreft	93 %	95 %	81 %		95 %	92 %	93 %	100 %	90 %	100 %	97 %	91 %	100 %	100 %	90 %	100 %	91 %	100 %	100 %	100 %			100
Akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi	87 %	100 %			94 %	100 %			67 %										100 %				2
Galleveiskreft	80 %	100 %	100 %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			50 %		50 %								3
Kreft hos barn	91 %	100 %	100 %		95 %	100 %			100 %														4
Kronisk lymfatisk leukemi (KLL)	65 %		100 %				50 %		40 %		100 %										100 %		
Peniskreft	100 %				100 %				100 %														
Primær leverkreft (HCC)	36 %				50 %										100 %		25 %						
Testikkelkreft	75 %		44 %		94 %		100 %		100 %		25 %		75 %		67 %		83 %						
Antall pakkeforløp innen standard forløpstid	3 023	571	437	72	740	149	241	49	369	61	217	54	307	51	269	43	392	83	37	5	14	4	812
Totalt antall gjennomførte pakkeforløp	4 313	812	658	119	1 080	208	326	64	530	76	305	78	406	67	374	68	559	117	46	6	29	9	
Andel pakkeforløp innen standard forløpstid	70 %	70 %	66 %	61 %	69 %	72 %	74 %	77 %	70 %	80 %	71 %	69 %	76 %	76 %	72 %	63 %	70 %	71 %	80 %	83 %	48 %	44 %	

Rød angir at foretaket ikke innfrir kravet om 70 % andel innenfor standard forløpstid.

Grønn angir at foretaket er innenfor kravet om 70% andel innenfor standard forløpstid.

Tabell 4: Måloppnåelse pakkforløp kreft per helseforetak/sykehus for perioden januar tom april 2020 og for april måned.

Per første tertial 2020 er det kun Akershus universitetssykehus HF (66 prosent), Oslo universitetssykehus HF (69 prosent) og Lovisenberg Diakonale Sykehus (48 prosent) som samlet for alle pakkeforløp er under målet om at 70 prosent pakkeforløpene skal være gjennomført innen standard forløpstid. For alle helsefortak/sykehuse er det imidlertid ulike måloppnåelse innen de ulike forløp.

Det er spesielt innenfor prostata-, lunge- og gynekologisk kreft mange av helseforetakene har utfordringer med måloppnåelsen. Disse forløpene er satsningsområder for det regionale innsatsteamet. Flere helseforetak peker på spesielle utfordringer i overgangen til regionsykehuset, hvor det kan oppstå forsinkelser ved vurdering av henvisninger og ved at undersøkelser må tas på nytt. Under pandemien har alle helseforetak prioritert kreftpasienter. Færre henvisninger, og at pasienter har utsatt time til utredning, har medført færre kreftpasienter i behandling enn planlagt. Det forventes at antall henvisninger vil øke fra mai.

Tiltak

Oppdragsdokumentet har krav om at alle de 26 kreftformene skal prioriteres. Helseforetakene arbeider med flere tiltak for å bedre forløpstidene. Tiltakene går blant annet på bedring av kapasitet og logistikk, samt tydeliggjøring av ansvar spesielt for rollene forløpseier, forløpskoordinator og forløpsleder. Det arbeides i tillegg med å bedre

sanntidsregistrering og koding, hvilket vil gi en bedre oversikt over måloppnåelse og dermed styrket grunnlag for analyser av flaskehalser og forbedringsområder. Involvering og støtte fra ledelse og fagfolk er avgjørende i forbedringsarbeidet. I 2020 er det lagt økt vekt på samarbeid mellom helseforetak og etablering av en felles forståelse for hvordan overgangene kan bedres, spesielt der regionssykehuset er involvert i pasientforløpet.

Alle helseforetak har på bakgrunn av krav i oppdrags- og bestillerdokumentet i 2019 anskaffet utstyr til 3-strøms videokonferanser for gjennomføring av multidisiplinære team-møter (MDT-møter) mellom helseforetakene. Dette bidrar til en mer effektiv utredningsprosess og læring på tvers i foretaksgruppen. I 2020 vil 5-strøms videokonferanser prøves ut i regionen.

Tidligere år har Helse Sør-Øst RHF arrangert et årlig fagspesifikt møte for læring og erfaringsutveksling for forløpskoordinatorene på tvers av helseforetak. For 2020 må dette vurderes i lys av pandemisituasjonen.

Regionalt innsatsteam for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har fått i oppdrag å understøtte Oslo universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF i arbeidet med pakkeforløpene for prostatakreft, gynekologisk kreft og lungekreft i sine månedlige møter. En arbeidsgruppe under regionalt innsatsteam er etablert som en ressursgruppe for pakkeforløp i regionen. Ressursgruppen arbeider med å løse flaskehalsproblematikk og redusere variasjon i og mellom helseforetak.

Pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet

Målet er at over 60 prosent av pasientene som er behandlet med trombolyse, har fått denne behandlingen innen 40 minutter etter ankomst til sykehuset. Tall fra Norsk hjerneslagregister viser at måloppnåelsen per første tertial 2020 er på 65,5 prosent samlet i Helse Sør-Øst. Det er stor variasjon i måloppnåelse på tvers av helseforetak og sykehus i regionen.

I 2019 ble det gjennomført en omlegging av slagbehandlingen i Oslo med etablering av «én dør inn» for pasienter fra Oslo sykehusområde. Det har vært en postiv utvikling ved Oslo universitetssykehus HF fra en måloppnåelse på 42,9 prosent i andre tertial til 64,7 prosent i tredje tertial 2019. Fra 1.1.2020 vises resultater fra Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Dikonale Sykehus og Oslo universitetssykehus HF samlet under Oslo sykehusområde. I første tertial 2020 har Oslo sykehusområde en måloppnåelse på 53,8 prosent. Utviklingen følges nøye og på grunn av omlegging av slagbehandlingen forventes det en bedring i måloppnåelsen.

Uønsket variasjon

Å redusere uønsket variasjon er et av hovedsatsingsområdene definert i regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Arbeidet tar utgangspunkt i data fra nasjonale kvalitetsregistre, NPR og fra Folkehelseinstituttet (FHI). Det arbeides med å etablere et klinisk dashboard med kvalitetsindikatorer for nødvendige helsetjenester (30 dagers overlevelse for pasienter innlagt med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd, total overlevelse, samt 5 års overlevelse for de kreftsykdommene som forårsaker flest dødsfall; tykk- og endetarmskreft, lungekreft, brystkreft, prostatakreft og bukspyttkjertelkreft). Preferanse- og tilbudsstyrte tjenester følges med forbruksrater på sykehusområde-nivå. FHI har ikke levert data for 30 dagers overlevelse for perioden etter 2018. Det forventes å foreligge i andre tertial 2020.

Data for kreftoverlevelse har vist geografiske forskjeller som er i overkant av det som anses som akseptabelt. Dette har vært gjenstand for vurdering av det regionale kreftrådet i samarbeid med fagdirektørene i regionen.

Med tanke på forbruksrater for preferanse- og tilbudsstyrte tjenester har det vært særlig oppmerksomhet rettet mot artroskopisk skulderkirurgi. Det har vært nedsatt en tverrfaglig ekspertgruppe som er i ferd med å utarbeide retningslinjer for å harmonisere indikasjonsstilling for kirurgisk behandling med mål om å redusere overbehandling.

Understøtte god drift og oppnå resultatkrav

Per april hadde foretaksgruppen et negativt resultat på 987,3 millioner kroner, med et negativt budsjettavvik på 1.328,9 millioner kroner.

På grunn av pandemien har alle helseforetak med pasientbehandling negative resulteter per første tertial. Tabellen under viser resultat i mars, april og per første tertial 2020 for hvert av helseforetakene, samt resultat eksklusive salgsgevinster/-tap per første terial 2020.

Tall i 1 000	Denne periode		Forrige periode		Hittil i år		Gevinst/tap ved salg hittil i år	Resultat hittil i år ekskl. gevinst/tap ved salg
Resultat	Faktisk	Budsjett-avvik	Faktisk	Budsjett-avvik	Faktisk	Budsjett-avvik		
Akershus universitetssykehus HF	-44 342	-56 842	-33 442	-45 942	-52 358	-102 358	0	-52 358
Oslo universitetssykehus HF	-175 308	-196 141	-191 784	-212 618	-390 156	-473 489	- 956	-389 200
Sunnaas sykehus HF	-6 485	-7 485	-5 863	-6 863	-10 266	-14 266	0	-10 266
Sykehusapotekene HF	-4 499	-2 068	4 157	4 622	9 679	18 990	0	9 679
Sykehuset i Vestfold HF	-39 974	-48 308	-42 265	-50 598	-65 503	-98 837	- 195	-65 309
Sykehuset Innlandet HF	-78 843	-78 843	-73 971	-73 971	-148 053	-148 053	476	-148 529
Sykehuset Telemark HF	-27 653	-30 153	-31 127	-33 627	-56 931	-66 931	0	-56 931
Sykehuset Østfold HF	-65 089	-58 589	-70 007	-63 507	-157 478	-131 479	30	-157 508
Sykehuspartner HF	15 824	9 590	18 191	7 975	65 946	32 411	0	65 946
Sørlandet sykehus HF	-55 238	-58 571	-58 787	-62 121	-113 255	-126 589	0	-113 255
Vestre Viken HF	-81 304	-101 970	-80 387	-101 054	-136 705	-219 371	0	-136 705
Helse Sør-Øst RHF	16 473	- 194	17 538	872	67 745	1 078	0	67 745
Sum Helse Sør-Øst	- 546 437	- 629 572	- 547 746	- 636 832	- 987 337	-1 328 894	- 645	- 986 692

Tabell 5: Resultat i mars, april og per første tertial 2020 per helseforetak, samt resultat eksklusive salgsgevinster/-tap per første tertial 2020.

Det er innført en månedlig rapportering på økonomiske konsekvenser av pandemien. Denne rapporteringen er beheftet med usikkerhet da den i stor grad baseres på skjønnsmessige vurderinger og beste estimat. Etter første tertial har foretaksgruppen rapportert en negativ økonomiske effekt i størrelsesorden 1 400 millioner kroner. Av dette utgjør reduserte inntekter tilnærmet 1 250 millioner kroner. Samlet sett kan derfor hele budsjettavviket per april tilskrives pandemien.

Reduksjon i inntekter er i hovedsak knyttet til reduserte ISF-refusjoner og reduserte HELFO-refusjoner, samt reduserte gjestepasientinntekter fra andre regioner. De økte kostnadene skyldes økte lønnskostnader, overtid og ekstrahjelp, samt andre kostnader som økt vakthold, renhold, leie av lokaler og IKT-kostnader. Som følge av lav aktivitet rapporterer enkelte foretak om en besparelse på varekostnadene.

Foretaksgruppen har per april investert for totalt 1 582 millioner kroner. Dette er 469 millioner kroner lavere enn budsjettert. Investeringer i bygg, MTU og annet utgjør 1 150 millioner kroner, og disse tre kategoriene har samlet et negativt budsjettavvik på 254

millioner kroner. De samlede IKT-investeringene i foretaksgruppen er per april 215 millioner kroner lavere enn budsjett.

Tønsbergprosjektet ved Sykehuset i Vestfold HF har per april samlede investeringer som er 148 millioner kroner lavere enn budsjett, hvorav IKT-investeringer utgjør 31 millioner kroner. Øvrig avvik i forhold til budsjett for bygg, MTU og annet knytter seg til flere prosjekter og helseforetak.

For den regionale IKT-prosjektporteføljen er investeringene 68 millioner kroner lavere enn budsjettert per april. Dette skyldes lavere aktivitet og fremdrift enn planlagt for noen prosjekter hittil i 2020, samt at enkelte prosjekter har forskyvning av investeringene til 2021.

Foretaksgruppen har per april en likviditetsreserve på 14 880 millioner kroner. Dette er 433 millioner kroner lavere enn budsjettet. Avviket skyldes blant annet ubenyttet trekk på driftskredittrammen, negativt resultatavvik og lavere investeringer enn budsjettert.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Prioriteringsregelen måles mot utviklingen fra tilsvarende periode foregående år innen antall polikliniske opphold og kostnader. For ventetider er det satt absolutte målkrav for 2020.

Polikliniske opphold

For polikliniske opphold viser sammenligningen mot første tertial i 2019 en reduksjon innen alle tjenesteområder. Reduksjonen er mindre innen VOP, BUP og TSB, enn for somatikk.

Polikliniske opphold	HiÅ 2019-2020			
	2019	2020	Endring	Endring i prosent
Somatikk	1 117 082	986 861	-130 221	-11,7 %
VOP	342 690	319 236	-23 454	-6,8 %
BUP	162 689	158 813	-3 876	-2,4 %
Psykisk helsevern	505 379	478 049	-27 330	-5,4 %
TSB	90 688	87 947	-2 741	-3,0 %

Tabell 6: Antall polikliniske opphold per første tertial 2019 og 2020.

Kostnader per tjenesteområde

Kostnader per tjenesteområde, eksklusive kostnader til legemidler, pensjon, avskrivninger og nedskrivninger, viser en høyere vekst innen BUP og TSB enn somatikk per første tertial 2020 sammenlignet med samme periode foregående år. Innen VOP er det kun to foretak som innfrir kravet om høyere vekst enn i somatikk.

Helseforetak / sykehus	Kostnader per tjenesteområde % endring hittil i år 2019 - 2020			
	Somatikk	VOP	BUP	TSB
Akershus universitetssykehus HF	4,7 %	2,5 %	11,1 %	10,6 %
Oslo universitetssykehus HF	4,2 %	-1,8 %	8,8 %	31,5 %
Sunnaas sykehus HF	3,8 %			
Sykehuset i Vestfold HF	6,7 %	5,0 %	4,4 %	5,3 %
Sykehuset Innlandet HF	2,7 %	3,8 %	5,8 %	2,4 %
Sykehuset Telemark HF	2,5 %	-2,2 %	6,0 %	18,3 %
Sykehuset Østfold HF	7,4 %	12,3 %	8,3 %	3,9 %
Sykehuspartner HF	8,2 %			
Sørlandet sykehus HF	5,2 %	3,6 %	3,9 %	11,5 %
Vestre Viken HF	6,4 %	2,0 %	5,5 %	10,0 %
Helse Sør-Øst RHF	1,9 %	5,4 %	8,3 %	3,6 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	4,8 %	2,7 %	5,9 %	9,0 %

Tabell 7: Prosentvis endring i kostnader per tjenesteområde fra første tertial 2019 til første tertial 2020.

Gjennomsnittlig ventetid

For ventetider er det satt absolutte målkrav for 2020 og disse er omtalt under gjennomsnittlig ventetid på side 6. Her er også tiltak omtalt.

Pakkeforløp psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det foreligger foreløpig ikke data for pakkeforløp innen psykisk helsevern og TSB på regionalt nivå. På grunn pandemien ble berabeiding av data knyttet tilpakkeforløp for psykisk helsevern og TSB satt på vent. Arbeidet startet opp igjen i mai 2020.

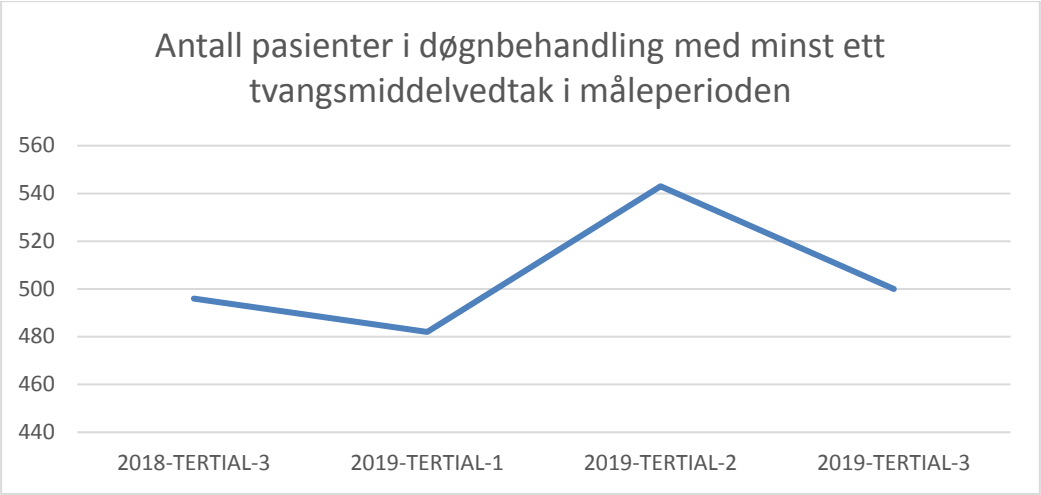
Epikriser

Innen psykisk helsevern og TSB er målet at 50 prosent av epikrisene skal sendes innen en virkedag etter utskrivning. Siste tilgjengelige data fra NPR er fra 2019. Fra andre tertial til tredje tertial 2019 vises en reduksjon på på tre dager for psykisk helsevern og 0,9 dager for TSB, og målet om 50 prosent er ikke nådd innen noen av tjenesteområdene. Arbeidet med utsendelse av epikriser innen en virkedag etter utskrivning følges opp med de enkelte helseforetakene.

Mindre bruk av tvang

Det foreligger ikke data for antall tvangsinnleggelser og antallet pasienter med minst ett tvangsmiddelvedtak for 2020. Figur 7 indikerer en svak positiv utvikling fra andre til tredje tertial 2019, men likevel er nivået høyere enn i tredje tertial 2018.

Figur 7 a: Utvikling i antall tvangsinnleggelser innen VOP.



Figur 7 b: Antall pasienter i døgnbehandling med minst ett tvangsmiddelvedtak.

Tiltak

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med fagavdelingen i Helse Sør-Øst RHF, gjennomført del I av en revisjon som undersøker om bruk av tvangsmidler ved helseforetak og sykehus i regionen er i tråd med overordnede styringsinstrukser og anbefalingene fra rapporten «*Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*». Det fremgår av utarbeidet delrapport at et stort flertall av enhetene som er godkjent for bruk av tvang, har iverksatt tiltak for å redusere bruk av tvangsmidler. Funnene indikerer behov for tydeligere lederoppfølging innen området.

I del II av revisjonen skulle et revisjonsteam besøke tre helseforetak i regionen. Denne delen av revisjonen er forsinket grunnet pandemien. Det tas sikte på å gjennomføre revisjonen i løpet av høsten 2020. Som en støtte i det videre implementeringsarbeidet har Helse Sør-Øst RHF opprettet en regional faggruppe som planlegger å besøke alle helseforetak og sykehus som deltok i kartleggingen. Målet med besøkene er å bidra til en mest mulig enhetlig operasjonalisering av anbefalingene i rapporten «*Redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern*». Faggruppen vil gjennomgå hvordan helseforetakene har tilrettelagt for redusert bruk av tvang og gi råd og veiledning for videre arbeid. I etterkant vil det bli arrangert møter for både ledere og klinikere for videre erfaringsutveksling.

Redusert avvisningsrate ved poliklinikkene innen psykisk helsevern

Avvisningsrater ved poliklinikkene	April 2020		April 2019		Hittil i år 2020		Hittil i år 2019	
	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP	BUP	VOP
Akershus universitetssykehus HF	23,2 %	30,5 %	26,5 %	29,6 %	21,9 %	29,0 %	25,6 %	26,4 %
Oslo universitetssykehus HF	18,8 %	22,3 %	30,2 %	31,1 %	31,8 %	27,5 %	31,9 %	28,4 %
Sykehuset i Vestfold HF	6,8 %	20,9 %	16,6 %	19,6 %	20,0 %	25,6 %	16,7 %	17,6 %
Sykehuset Innlandet HF	17,4 %	28,3 %	23,5 %	19,6 %	16,6 %	26,9 %	21,3 %	23,0 %
Sykehuset Telemark HF	4,3 %	34,4 %	19,6 %	28,7 %	9,9 %	38,1 %	17,1 %	25,4 %
Sykehuset Østfold HF	7,3 %	24,0 %	25,3 %	25,3 %	19,6 %	21,5 %	36,3 %	21,1 %
Sørlandet sykehus HF	11,4 %	26,4 %	27,4 %	25,4 %	20,4 %	27,1 %	23,8 %	25,7 %
Vestre Viken HF	30,5 %	9,8 %	21,6 %	8,9 %	26,9 %	13,5 %	25,5 %	9,3 %
Helse Sør-Øst Foretaksgruppen	16,7 %	24,0 %	24,2 %	22,9 %	21,7 %	25,2 %	25,5 %	21,6 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,0 %	26,4 %	0,0 %	13,2 %	1,6 %	24,6 %	0,0 %	13,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	8,8 %	25,6 %	31,7 %	30,3 %	17,0 %	33,5 %	30,6 %	31,8 %
Private Helse Sør-Øst		50,5 %		25,6 %		41,2 %	0,0 %	28,4 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus og private rusinstitusjoner	15,9 %	25,2 %	24,0 %	23,1 %	21,0 %	26,4 %	25,3 %	22,3 %

Tabell 8: Avvisningsrate innen VOP og BUP for april 2019 og 2020, samt per første tertial 2019 og 2020.

Tabellen over viser at avvisningsraten innen BUP per første tertial er på 21,0 prosent mot 25,3 prosent i samme periode i 2019. Tilsvarende tall for VOP er 26,4 prosent per april 2020 mot 22,3 prosent for samme periode i 2019. Kravet om redusert avvisningsrate for poliklinsk behandling for psykisk helsevern er dermed oppnådd for BUP, men ikke innen VOP. Samtidig er det et mål om at avvisningsraten skal være under 20 prosent både innen BUP og VOP.

Tiltak

Helseforetakene rapporterer på avisningsrater i de månedlige oppfølgingsmøtene. Enkelte helseforetak har gjennomført analyser for å identifisere fastleger med et stort antall henvisninger og har fulgt opp disse for å diskutere håndteringen av pasienter og henvisningspraksis. Helseforetakene rapporterer også om dialog med kommuner for å få oversikt over kommunale tilbud som finnes og som det gis opplysninger om til både pasienter og henvisende lege.

Videre gjennomføres det flere typer prosjekter som felles vurderinger med førstelinjetjenesten og henvisende instans. Flere helseforetak rapporterer om at man har hentet erfaringer med en praksis hvor de fleste henviste pasienter innkalles til en førstesamtale for å gjøre bedre vurderinger, redusere avvisningsraten og sørge for at pasientene får helsehjelp på rett nivå.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

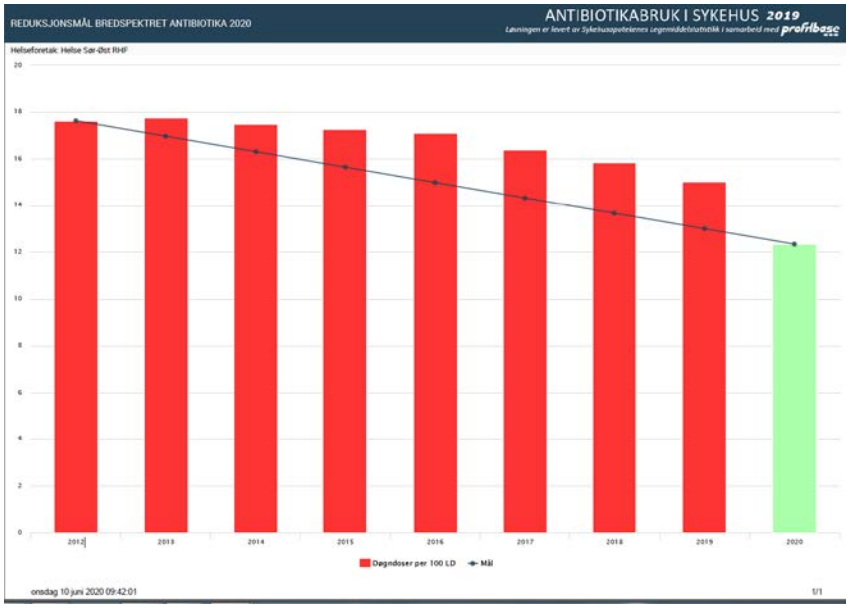
Redusere andel pasientskader

Global trigger tool (GTT) er av helsemyndighetene valgt som hovedindikator for å identifisere omfanget av skader i somatisk helsetjeneste. Metoden innebærer systematisk journalgranskning av et tilfeldig utvalg av pasienter innen somatikk. Alle aktuelle helseforetak og private ideelle sykehus i regionen rapporterer inn resultater fra GTT-målinger direkte til Helsedirektoratet. Basert på denne innrapporteringen utgir Helsedirektoratet hver høst en rapport som beskriver foregående års resultater og utvikling.

Resultatene for 2018 viser at det oppstod en pasientskade ved 11,9 prosent av somatiske sykehusopphold i Norge, mot 13,7 prosent året før. Etter en periode fra 2012 til 2017 med uendret omfang av pasientskader, er dette det laveste nivået som har vært målt siden GTT-undersøkelsen ble startet opp i 2010. Undersøkelsen kan ikke brukes for sammenligning mellom helseforetak og sykehus. Det er igangsatt et projekt for videreutvikling av GTT i Helsedirektoratet. Hovedformålet med prosjektet er å videreutvikle GTT -undersøkelsen for å øke legitimiteten av metoden og øke bruken av resultatene i pasientsikkerhetsarbeidet. Helse Sør-Øst bidrar i arbeidet.

Reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika

I 2012 var forbruket av bredspektret antibiotika i Helse Sør-Øst totalt på 17,6 døgndoser per 100 liggedøgn. Målet er å redusere forbruket med 30 prosent i 2020 sammenliknet med 2012. Figur 8 illustrerer faktisk (røde søyler) og ønsket (linje) forbruk gitt dette målet. Selv om det tilsynelatende har vært en reduksjon i forbruket på 26,6 prosent fra 2012, er regionen fortsatt et godt stykke unna målet.



Figur 8: Faktisk og ønsket forbruk gitt en reduksjon på 30 prosent forbruk av bredspektret antibiotika fra 2012 til 2020

Sammenlignet med de andre regionene er Helse Sør-Øst på nivå med Helse Midt-Norge, mens Helse Nord og Helse Vest oppnår bedre resultater.

Tabell 9 gir oversikt over kjøp av de fem bredspektrede antibiotika som inngår i definisjonen av indikatoren. Tallene er ikke justert for liggedøgn. Når statistikken justeres for antall liggedøgn, som har gått ned i perioden, vil reduksjonen bli mindre.

	Siste 12 måneder	Foregående 12 mnd	2012	Endring
Bredspektret penicillin	47 596	54 356	25 814	84,4 %
2. generasjons cefalosporiner	17 884	16 043	65 733	-72,8 %
3. generasjons cefalosporiner	126 212	147 300	153 022	-17,5 %
Karbapenemer	24 959	24 722	31 760	-21,4 %
Kinoloner	38 130	45 423	70 777	-46,1 %
Total	**254 782**	**287 843**	**347 106**	**-26,6 %**

Tabell 9: Sammensetning av bredspektrede antibiotika, målt i definerte døgndoser (per april 2020).

Tiltak

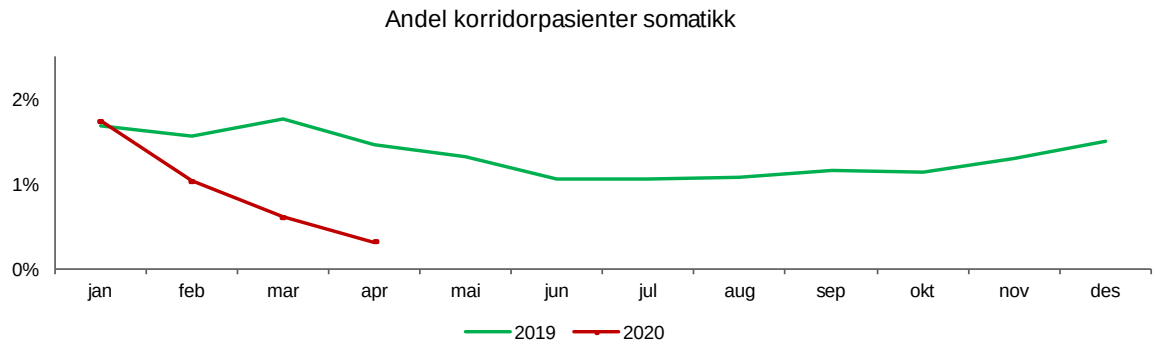
Alle helseforetak og sykehus har etablert antibiotikastyringsprogram (ASP). ASP innebærer aktivt arbeid med reduksjon av bredspektrede antibiotika gjennom antibiotikateam, opplæring og restriksjoner. I tillegg har enkelte helseforetak oppfølging av ASP nedfelt i sine lederavtaler. Revisjon gjennomført av Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten i 2019, følges opp i det enkelte helseforetak og sykehus.

Høsten 2019 etablerte Helse Sør-Øst RHF et forbedringsprosjekt «Antibiotikastyring i Helse Sør-Øst» i form av et læringsnettverk med til sammen tre samlinger. Grunnet pandemisituasjonen er siste samling utsatt til desember 2020.
Prosess og fremdrift både på samlingene og mellom samlinger har vært positiv og læringsfremmende på tvers av helseforetak, og det er gitt mange tilbakemeldinger på arbeidsformen. Det deltar observatører fra Helse Nord og Helse Vest og fra Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene har mulighet til å få månedlige oppdaterte data om antibiotikaforbruket ved ulike enheter gjennom Sykehusapotekene HF.

Ingen korridorpasienter

Figur 9 viser andel pasienter i korridor i Helse Sør-Øst for 2019 og første tertial 2020. Det er naturlig å se en nedgang i korridorpasienter i sammenheng med nedgang i aktivitet generelt som følge av pandemisituasjonen.



Figur 9: Utvikling i andel korridorpasienter, somatikk.

Tabell 10 viser andel korridorpasienter per helseforetak / sykehus.

Andel korridorpasienter - somatikk	Mar	Apr	HiÅ 2020	HiÅ 2019	HiÅ 2018
Akershus universitetssykehus HF	0,4 %	0,3 %	1,4 %	2,1 %	2,3 %
Oslo universitetssykehus HF	0,7 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %
Sunnaas sykehus HF	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,3 %	0,2 %	2,0 %	2,8 %	3,5 %
Sykehuset Innlandet HF	1,1 %	0,6 %	1,4 %	1,6 %	1,1 %
Sykehuset Telemark HF	0,5 %	1,1 %	1,7 %	1,8 %	1,0 %
Sykehuset Østfold HF	0,7 %	0,1 %	0,7 %	3,3 %	4,4 %
Sørlandet sykehus HF	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,8 %	0,8 %
Vestre Viken HF	0,5 %	0,1 %	1,3 %	2,6 %	2,5 %
Helse Sør-Øst foretaksgruppen	0,6 %	0,3 %	1,0 %	1,7 %	1,7 %
Betanien Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Diakonhjemmet Sykehus	0,6 %	-0,2 %	0,3 %	0,7 %	1,3 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	0,3 %	0,2 %	0,5 %	1,4 %	2,1 %
Martina Hansens Hospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Revmatismesykehuset	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helse Sør-Øst inkl. private ideelle sykehus	0,6 %	0,3 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %

Tabell 10: Andel korridorpasienter per helseforetak/sykehus i mars, april og per første tertial.

Epikriser

Andel epikriser sendt innen en virkedag etter utskrivning for somatisk helsetjeneste er vist i tabell 11 med data fra 2018 og 2019. Det vises en positiv utvikling for regionen sett under ett, og også for de fleste helseforetak og sykehus.

Helseforetak	2018	2019
Akershus universitetssykehus HF	54,4	69,1
Oslo universitetssykehus HF	48,9	53,3
Sykehuset i Telemark HF	65,4	63,9
Sykehuset i Vestfold HF	67	70,9
Sykehuset i Østfold HF	51,2	51,6
Sykehuset Innlandet HF	51,8	54,4
Sørlandet sykehus HF	53,3	56,6
Vestre Viken HF	68,8	73,5
Sunnaas sykehus HF	18,6	39,2
Betanien sykehus	29	43,2
Diakonhjemmet sykehus	57,6	60,5
Lovisenberg Diakonale Sykehus	52,6	56
Martina Hansens Hospital	55,1	59,4
Helse Sør-Øst RHF	**55,1**	**58,1**

Tabell 11: Andel epikriser innen somatikk for 2018 og 2019.

Utdanningskapasiteten i tjenesten

Alle yrkesgrupper innen helsefag vil ha deler av sin utdanning og praksis i spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har etterspurt tilbakemelding fra helseforetakene på hvordan det arbeides med å øke utdanningskapasiteten/antall

praksisplasser. I tillegg arbeider Helse Sør-Øst RHF med utdanningssektorene for å koordinere og legge til rette for at det tilbys utdanningskapasitet i tråd med foretakenes behov. I arbeidet er det kartlagt et behov for felles analysearbeid, særlig knyttet til leger i spesialisering og spesialsykepleierne. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp at helseforetakene legger konkrete planer for å dekke økt behov. Videre vil Helse Sør-Øst RHf følge opp behovet for analysearbeid.

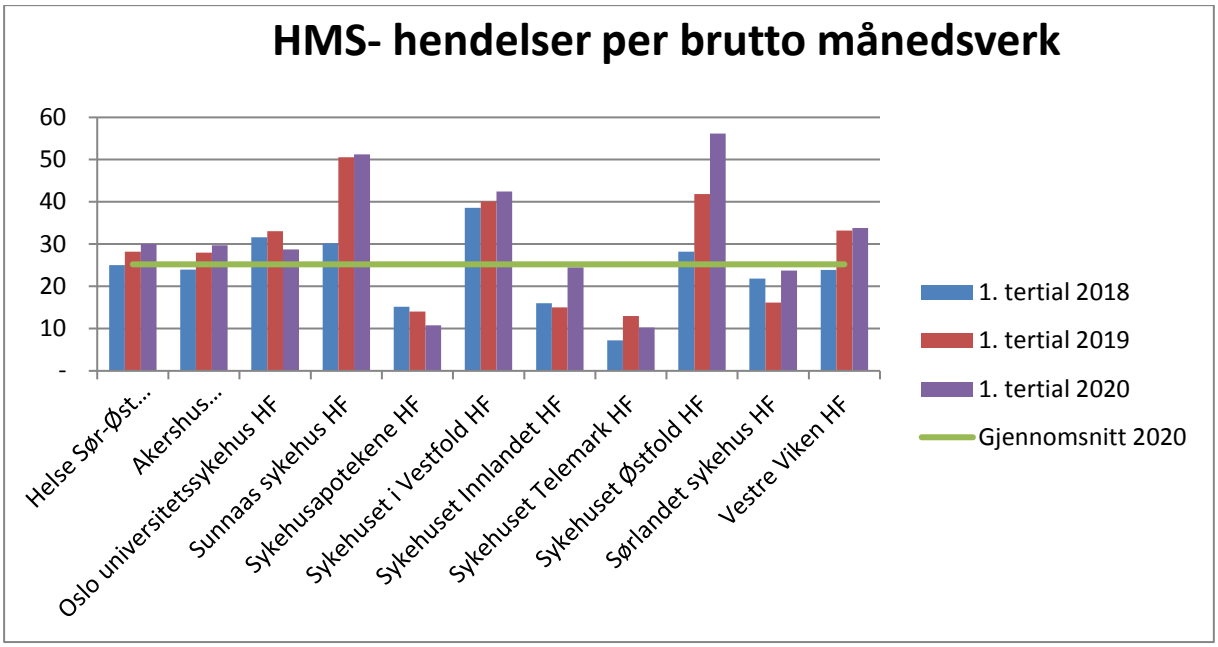
For sykepleiere, intensiv- og operasjonssykepleier, samt jordmødre er det også tidligere innmeldt et økende behov. Noe av hovedutfordringen ved å få til en ytterligere økning i utdanningskapasiteten for disse fagene er tilgangen på praksisplasser. Helse Sør-Øst RHF kartlegger hvilke veiledningsmodeller som benyttes i dag og diskuterer med foretakene hvordan kunnskapsbaserte modeller med høy faglig kvalitet kan implementeres i tjenestene for å øke kapasiteten. Helse Sør-Øst RHF har som mål at det innen utgangen av 2020 skal foreligge et felles digitalt system med oversikt over antall praksisplasser for de enkelte helsefagene. Dette vil gjøre det enklere å følge opp variasjoner i utdanningskapasiteten. Det er tydelig føringer på at antall lærlingeplasser skal økes. Økningene skal rapporteres til Helse Sør-Øst RHF, og det følges opp hvordan arbeidet med etablering av opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak blir gjennomført.

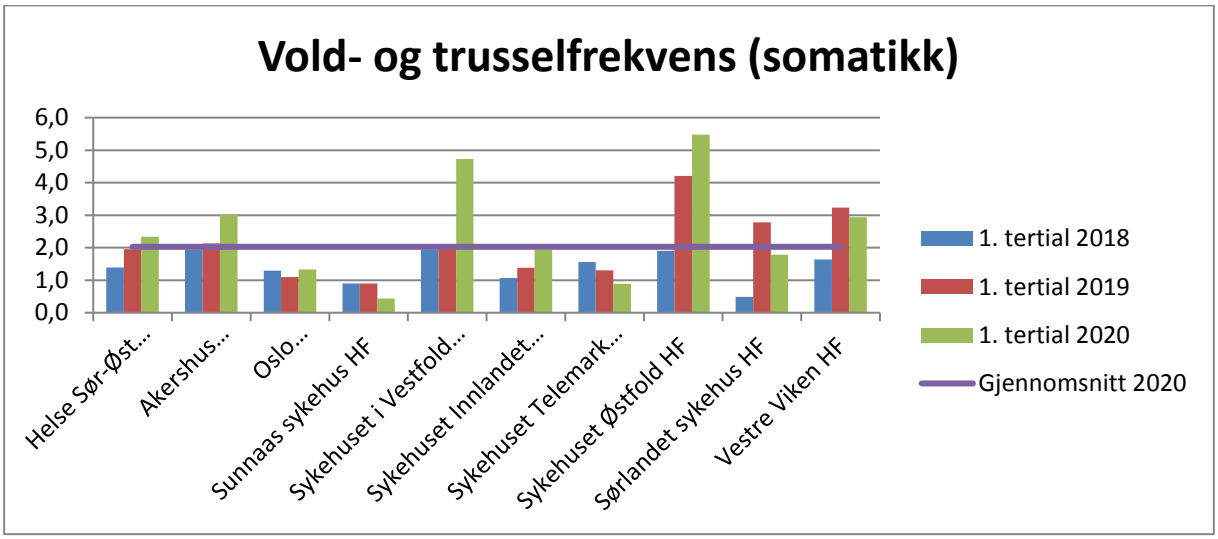
Innenfor utdanningen av legespesialister økes antallet LiS1-stillinger midlertidig i regionen med 54 stillinger fra 1. september etter en tilleggsbevilgning fra departementet.

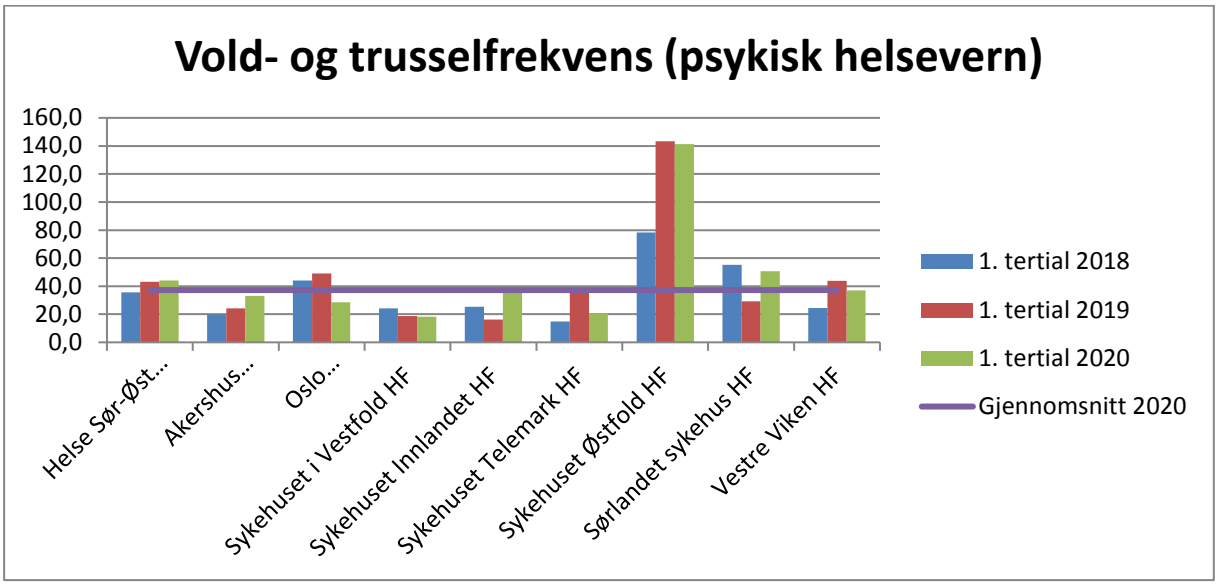
HMS-indikatorer

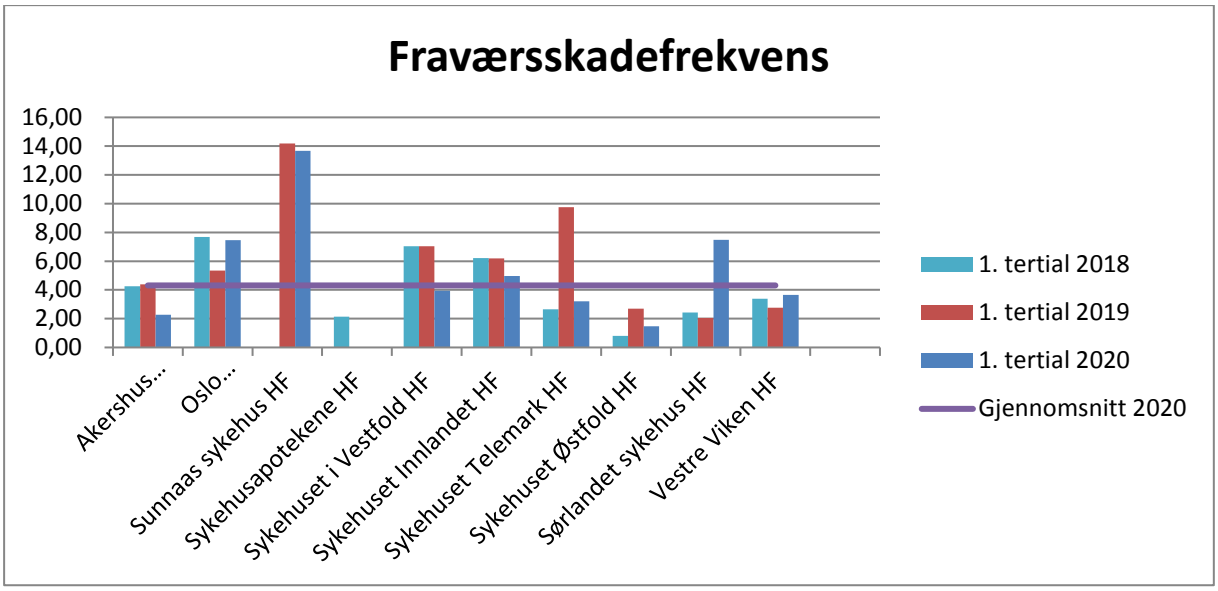
Helse Sør-Øst RHF følger utviklingen i HMS-hendelser i regionalt HMS-ledermøte. I forbindelse med pandemien har det vært gjennomført ukentlige møter i nettverket for å dele erfaringer og prosedyrer knyttet til arbeidsmiljø, annsattsikkerhet og pasientsikkerhet. Det har vært en økning i antall HMS-hendelser i første tertial 2020 sammenlignet med 2019. Årsaken til økningen er i stor grad knyttet til hendelser relatert til pandemien og spesielt innenfor smittevernområdet. Mange av HMS-hendelsene omhandler manglende informasjonsflyt mellom avdelinger om Covid-19 eller mistanke om Covid-19, samt avvik fra smitteregime innen vask, utstyr og eksponering. Manglende kompetanse og opplæring innenfor smittevern er også blant hendelsene som er meldt inn. Det har vært en økning i vold- og trusselfrekvens og helseforetakene gir tilbakemelding om at hendelsene omhandler trusler der pasienten truer med å spre Covid-19 smitte. I Sykehuset i Vestfold HF har dette spesielt vært en utfordring i akuttmottaket. Pandemien har truffet helseforetakene ulikt og dette gjenspeiler seg også i HMS-indikatorene.

Flere helseforetak arbeider nå med å analysere HMS-hendelser som er relatert til pandemien for å synliggjøre læringspunkter til en eventuell ny smittetopp. Helse Sør-Øst RHF skal i september arrangere Webinar for å dele læringspunkter fra evaluering av korona-pandemiens påvirkning på arbeidsmiljø, annsattsikkerhet og pasientsikkerhet.


HMS- hendelser per brutto månedsverk
60
50
40
30
20
10
-
Helse Sør-Øst...
Akershus...
Oslo universitetssykehus HF
Sunnaas sykehus HF
Sykehusapotekene HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
1. tertial 2018
1. tertial 2019
1. tertial 2020
Gjennomsnitt 2020


Vold- og trusselfrekvens (somatikk)
6,0
5,0
4,0
3,0
2,0
1,0
0,0
Helse Sør-Øst...
Akershus...
Oslo...
Sunnaas sykehus HF
Sykehuset i Vestfold...
Sykehuset Innlandet...
Sykehuset Telemark...
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
1. tertial 2018
1. tertial 2019
1. tertial 2020
Gjennomsnitt 2020


Vold- og trusselfrekvens (psykisk helsevern)
160,0
140,0
120,0
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
Helse Sør-Øst...
Akershus...
Oslo...
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
1. tertial 2018
1. tertial 2019
1. tertial 2020
Gjennomsnitt 2020



Figur 10: Ulike indikatorer innen HMS, utvikling fra første tertial 2018 til første tertial 2020.

Særskilte temaer

Korona-pandemien

En midlertidig lov om forskriftshjemmel for å avhjelpe konsekvenser av korona-pandemien mv. (koronaloven) trådte i krav 27. mars med virkningstid én måned. For å kunne møte kapasitets- og ressursutfordringer som følge av korona-pandemien kom det samtidig en tilhørende midlertidig forskrift om endringer i helselovgivningen. Endringene suspenderte sentrale pasientrettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven som rett til å få fastsatt en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp, rett til oppfyllelse gjennom Helfo dersom fristen brytes, rett til fritt behandlingsvalg (med enkelte unntak), rett til fornyet vurdering, individuell plan og kontaktlege. De midlertidige endringene omfattet også virksomhetenes korresponderende plikter, som plikten til å fastsette en frist og melde fristbrudd til Helfo. Vurderingsfristen ble utvidet fra 10 til 30 virkedager.

Helse- og omsorgsdepartementet understreket imidlertid at pasientens grunnleggende rettigheter ikke ble endret med dette. Alle pasienter skulle fortsatt ha rett til nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tid og etter en individuell vurdering og prioritering.

Koronapandemien preget 1. tertial 2020. Alt i januar ble det iverksatt tiltak knyttet til utstyr og lager, men i økende grad preget smitteutbruddet helsetjenesten. Det kom en topp av innlagte pasienter i månedsskiftet mars/april. Det ble initialt etablert god koordinering mellom de fire regionale helseforetakene, samt løpende koordinering med bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI).

Helse Sør-Øst RHF har hatt god oversikt over beredskapsarbeidet i regionen. Administrerende direktør har jevnlige møter med de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen og de to private ideelle sykehusene med opptaksområde.

Beredskapsledelsen i Helse Sør-Øst RHF har hatt jevnlige beredskapsmøter. Beredskapsarbeidet i regionen ble konsentrert om fire fokusområder; behandlingskapasitet, bemanning, utstyr inkludert legemidler og analysekapasitet. I tillegg har mediebildet og –håndtering vært viktig å prioritere. Det er gjennomført jevnlige møter med pressen og det er lagt ut flere saker relatert til utbruddet av koronavirus på nettsidene til Helse Sør-Øst RHF.

Koordinering mellom de fire regionale helseforetakene

Koordinering mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet og FHI ble lagt til Helse Sør-Øst RHF. Det samme gjelder koordinering av innkjøp av legemidler og smittevernutstyr, samt arbeidet med anlysekapasitet. Dette er omtalt under.

Koordinering innen bemanningsområdet er lagt til Helse Vest RHF. Dette omfatter utenlandske vikarer hvor de regionale helseforetakene har avtaler med vikarbyråer. Det samme gjelder mobilisering av studenter om det er behov for koordinering på tvers av regionene.

Koordinering med Forsvaret og Sivilforsvaret ble lagt til Helse Nord RHF. Anmodninger om bistand er blitt sendt via Helse Nord RHF som har ivaretatt koordinering med Helsedirektoratet. Anmodninger om bistand fra hjelpeorganisasjoner/frivillige foreninger er ivaretatt av det enkelte helseforetak.

Helse Midt-Norge RHF har ivaretatt koordinering av faste møtepunkter mellom regionene angående koronaepidemien. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF ansvar for ordinær møtestruktur mellom de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene, inkludert Beslutningsforum.

Koordinering med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet

Helse Sør-Øst RHFs arbeid med koordinering med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og FHI, på vegne av alle de regionale helseforetakene, har innbefattet:

- Status for smittevernutstyr i helseforetakene og status for anskaffelser, transport og distribusjon
- Oppbygging av beredskapslager for legemidler for spesialisthelsetjenesten
- Status for øvrige anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr og forbruksmateriell ifm. med økt intensivaktivitet
- Status for analysekapasitet i helseforetakene
- Felles kartlegging av antall pasienter innlagt i sykehus, på intensivenhet og på respirator i helseforetakene/sykehus med opptaksområde
- Status for behandlingskapasitet og bemanning
- Innmelding av behov for og koordinering av arbeidet med felles prosedyrer/rutiner/råd angående pasienter, ansatte, smittevern, testing etc. i regi av Helsedirektoratet og FHI

Behandlingskapasitet

I foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet den 25. mars fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag å legge konkrete planer for hvordan helseforetakene skal møte den forventede toppen av pandemien som anslås i en oppdatert analyse fra FHI av 24. mars. Med bakgrunn i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF, ble det avholdt felles foretaksmøte for alle helseforetakene i regionen den 26. mars, hvor helseforetakene ble gitt i oppdrag å legge konkrete planer for å møte denne situasjonen. Tilsvarende oppdrag ble gitt til de to private ideelle sykehusene i Oslo, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Det er med bakgrunn i FHIs analyser gjort framskrivninger av kapasitetsbehovet i Helse Sør-Øst samlet sett og for opptaksområdene til helseforetakene og sykehusene i regionen. I analysene er alderssammensetning og sykdomsprofil i befolkningen tatt hensyn til.

Detaljerte analyser som viser hvilken kapasitet det enkelte helseforetak/sykehus skal planlegge for ble utarbeidet. Det ble også vurdert hvilken kapasitet som ville kunne frigjøres ved reduksjon i elektiv døgnvirksomhet etc.

Helsedirektoratet kartla ressurser hos private aktører i regionen. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF god oversikt over alle avtalespesialister i regionen.

Opptrappingsplan for økt kapasitet

Helseforetakene og sykehusene utarbeidet egne opptrappingsplaner for hvordan kapasiteten for ordinære senger og intensivplasser kunne økes stegvis, i tre til fem trinn. Det er i planene tatt høyde for at det vil måtte være noe intensivkapasitet til andre pasientgrupper enn Covid-19-pasienter. Videre er det tatt høyde for at helseforetakene og sykehusene fortsatt skal håndtere pasienter med andre tilstander som er tiltrengende øyeblikkelig hjelp. I tillegg prioriteres medisinsk forsvarlighet slik at pasienter ikke lider unødig prognosetap. Øvrig elektiv virksomhet må tas ned for å kunne realisere maksimal kapasitet for Covid-19-pasienter. Flere helseforetak gjorde rede for hvordan man ville organisere pasientflyt i rene og urene forløp i akuttmottakene.

Intensivkapasitet

Det ble i mars 2020 gjennomført en kartlegging av intensivsenger og muligheter for utvidelse av intensivkapasiteten i alle helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder. Det ble gjort en ny gjennomgang av muligheter for å etablere ytterligere intensivplasser per 14. april og denne gjennomgangen viser at det i regionen kan etableres om lag 790 intensivplasser, hvorav om lag 700 plasser for Covid-19 pasienter.

En risikoanalyse viste at det var stor usikkerhet ved denne kapasiteten og at oppbyggingen av økt kapasitet hvilte på en rekke forutsetninger som måtte oppfylles. I tillegg ville mange av intensivplassene ikke ha en utstyrssituasjon eller bemanning som ordinære intensivplasser.

Oslo universitetssykehus HF fikk i oppdrag å etablere en koordinerende funksjon for intensivmedisinsk behandling i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført daglige møter og systemet har bidratt til en god utnyttelse av den intensivmedisinske kapasiteten i regionen.

Ordinære senger

Det ble 14. april vurdert maksimalt antall senger helseforetakene/sykehusene kunne etablere for Covid-19 pasienter, hvor det ble konkludert med mulighet for etablering av inntil 2690 sengeplasser for Covid-19-pasienter i regionen, hvorav 1990 ordinære senger.

Oslo-området

Det har vært nødvendig å legge egne planer for helseforetak og sykehus i og rundt Oslo. Grunnet eksisterende funksjonsfordeling og ulik kapasitet er det planlagt at Oslo universitetssykehus skal ta et relativt mye større antall Covid-19-pasienter som trenger intensivbehandling enn hva opptaksområdet skulle tilsi.

Det er planlagt at Oslo universitetssykehus skal avlaste Vestre Viken og Akershus universitetssykehus med intensivplasser ved en maksimal utbredelse av epidemien. I tillegg er det planlagt at Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus og skal avlastes. Den intensivmedisinske koordineringen som er innført er i denne sammenheng avgjørende.

Videre er det planlagt at Akershus universitetssykehus skal avlastes ytterligere ved at pasienter med mistanke om Covid-19 fra Alna bydel primært mottas og innlegges ved Oslo universitetssykehus og at pasienter fra Stovner bydel mottas og innlegges ved Diakonhjemmet Sykehus. Dette gjelder ved en maksimal utbredelse av epidemien.

Det ble planlagt å etablere større kapasitet for ordinære senger ved Diakonhjemmet Sykehus enn hva opptaksområdet skulle tilsi og sykehuset vil følgelig ha kapasitet for å kunne avlaste Akershus universitetssykehus. I tillegg kan det være aktuelt at Oslo universitetssykehus avlastes for enkelte pasientgrupper ved en maksimal utbredelse av epidemien.

Areal/bygg

Planene som ble utviklet inneholder konkrete beskrivelser av og oversikter over hvor ulike aktiviteter skal lokaliseres i ulike trinn av økningen i kapasitet. Det ble gjennomført og planlagt for endringer som gjør det mulig å skille pasienter med og uten Covid-19

(kohortisolering). Det ble også planlagt for flytting av pasientgrupper slik at man kunne håndtere sårbare pasienter (eksempelvis med kreftsykdom) i egne bygg.

Den planlagte kapasitetsøkningen la opp til bruk av og ulike former for samarbeid med flere private ideelle aktører, herunder LHL-sykehuset på Gardermoen (Akershus universitetssykehus HF), Betanien Hospital (Sykehuset Telemark HF) og Marina Hansens Hospital (Vestre Viken HF).

Enkelte helseforetak og sykehus avklarte at det måtte gjøres mindre byggtekniske endringer. Det er ikke rapportert om spesielle utfordringer med strøm, gass og vannforsyning, men det er poengtert at det ved maksimal utbredelse av epidemien vil være nødvendig med hyppigere gassforsyninger (oksygen) for å kunne dekke et økt behov.

Oppsummering planer for økt kapasitet

Samlet sett rapporterte helseforetakene og de private ideelle sykehusene med opptaksområder om mulighet for å øke kapasiteten for ordinære senger og intensivsenger i et slikt omfang at det vil være mulig å møte en maksimal utbredelse av epidemien slik beskrevet i Folkehelseinstituttets analyser av 24. mars.

Alle helseforetak/sykehus har i sine planer pekt på behov for tilpasninger, kompetanseoppbygging, planlegging og utstyrsleveranser som innebærer at det vil ta noe tid før maksimal kapasitetsøkningen kan realiseres. I tillegg vil en maksimal kapasitet sannsynligvis ikke kunne opprettholdes i mer enn noen uker.

Det ble foretatt en risikovurdering hvor ulike risikoområder er vurdert og tilhørende tiltak skissert. Tilstrekkelig bemanning og kompetanse ved maksimalt antall intensivpasienter representerer høyest risiko, noe som innebærer at det er viktig med god planlegging innen bemanningsområdet og kompetanseutvikling.

Det ble avklart at Sunnaas sykehus HF ville kunne avlaste andre helseforetak og sykehus for rehabiliteringspasienter.

Per utgangen av første tertial arbeides det videre med kapasitet inne prehospitale tjenester.

Økning i aktivitet

Samtlige helseforetak/sykehus har redusert planlagt aktivitet i mars og april, samtidig som pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp får den behandlingen de trenger. Dette gjelder også pasienter som risikerer prognosetap ved utsatt behandling, som for eksempel kreftpasienter. Medisinsk forsvarlighet gjelder for all pasientbehandling.

Alternative kontaktformer, som bruk av telefon- eller videokonsultasjon, er tatt i bruk for å hjelpe pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, samt deler av somatikken.

Helseforetakene har rapportert daglig status for antall innlagte Covid-19 pasienter, antall Covid-19 pasienter på intensiv og antall som får respiratorbehandling. Videre er det rapport totalt antall pasienter på intensivenheter og antall døde Covid-19 pasienter.

Det er i møter med helseforetakene og sykehusene i regionen i april, diskutert hvordan helseforetakene og de private ideelle sykehusene kan øke aktiviteten innen ordinær pasientbehandling etter påske. Dette med bakgrunn i den nedgangen som nå sees i antall

innleggelser i helseforetakene/sykehusene i regionen. Dette må selvsagt balansers mot videre utvikling av koronaepidemien som følges nøye.

Det er gitt oppdrag om økning i aktivitet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF den 17. april 2020.

Bemanning

Planene for økt kapasitet inneholder beskrivelser av arbeid med mobilisering og rekruttering av nytt personell (inkludert studenter), omdisponering av ansatte og arbeide med opplæring og kompetanseutvikling internt (som hospitering, kurs og e-læringsprogrammer). Det er søkt etter nye medarbeidere og det har vært god respons på annonser.

Kapasitetsøkningen innebærer andre bemanningstall per intensivplass og per pasient enn det man har i en normal driftssituasjon. Eksempelvis legges det flere steder opp til løsninger med 0,25 intensivsykepleier per pasient, ledsaget av et team av assistenter, ved en maksimal utbredelse av epidemien. Dette til forskjell fra ordinær driftssituasjon hvor 1,2 intensivsykepleier per intensivpasient er vanlig norm.

Et gjennomgangstema har vært at det vil være krevende å bemanne for et maksimalt antall intensivplasser. Det er flere steder planlagt med «nødturnus» hvor døgnet deles i to (vakter på 12,5 timer) under maksimal utbredelse av epidemien. Dette innebærer at maksimal kapasitet kun kan driftes over noen få uker.

Flere helseforetak og sykehus har tatt forbehold om ytterligere ansettelser/tilgang på personell for å ha tilstrekkelig bemanning under en maksimal utbredelse av epidemien.

Helseforetakene samarbeider med høyskoler og universiteter om bruk av studenter og flere helseforetak har kontakt med private ideelle sykehus og andre aktører i egen region om bruk av personell. Det er også flere helseforetak som har søkt etter frivillige og andre som kan bidra.

Helse Sør-Øst RHF bidrar med analyser av bemanningsbehov sett opp mot analyser presentert av FHI den 24. mars. Videre bidrar Helse Sør-Øst RHF med erfaringsutveksling og deling av opplæringsmateriell mellom helseforetakene i regionen.

Det er ved utgangen av første tertial en klar nedgang i antall ansatte som er i karantene.

Utstyr og legemidler

Smittevernutstyr

Helse Sør-Øst RHF ble tillagt et ansvar for anskaffelse av smittevernutstyr til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Å skaffe tilstrekkelig smittevernutstyr til helseforetak/sykehus og kommuner har hatt høy prioritet i hele perioden.

Prosessen med utstyrsanskaffelser er delt i flere trinn. Det er Sykehusinnkjøp HF har dialog mot markedet, tilrettelegger og fremforhandler avtaler om innkjøp av smittevernutstyr fra både kjente og nye leverandører. Avtalene godkjennes og inngås av Helse Sør-Øst RHF som avtalepart. Dette gjøres etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Utenriksdepartementet og norske ambassader i flere land gir i mange tilfeller bistand i arbeidet. For varer produsert i Europa brukes vanlige transportløsninger som ofte er trailere. For håndtering av transport av varer fra andre deler av verden er det

etablert et eget kriseteam for flyfrakt i Helse Sør-Øst RHF. Gjennom 1. tertial har Helse Sør-Øst RHF utviklet ett tett og konstruktiv samarbeid med Avinor, Utenriksdepartementet og to spedisjonsfirma om egen flyfrakt til Norge med chartrede transportfly.

Smittevernutstyr som ankommer Norge transporters til et eget nasjonalt lager som Helse Sør-Øst RHF har leid og har ansvar for. Ved mottak klassifiseres varene og klargjøres for kvalitetskontroll. Kvalitetskontrollen innebærer at erfarne fagfolk gjennomgår smittevernutstyret og sjekker at dette holder de standarder som kreves. Deretter sendes munnbind og åndedrettsvern til Forsvarets forskningsinstitutt (FFI) for laboratorietesting. Fordeling av utstyret gjøres først når kvaliteskontrollen er ferdig og smittevernutstyret er godkjent.

Helse Sør-Øst RHF har ledet koordineringsmøtet for fordeling av smittevernutstyr. I alle landets helseforetak og sykehus med opptaksområde gjøres opptelling av utstyr som finnes på lager to ganger per uke. Kommuner sender innmelding av status og behov for utstyr til Helsedirektoratet. I koordineringsmøtet, der alle de fire regionale helseforetakene møter sammen med Helsedirektoratet, gjennomgås status for hhv. helseforetak og kommuner. Utstyret fordeles mellom regionene basert på folketall, men med mulighet for justering ut fra behov, lagerstatus, pasientantall etc. Prosedyre for fordeling av smittevernutstyr er fastsatt av Helsedirektoratet. I utgangspunktet fordeles 70 % av utstyret til helseforetak/sykehus og 20 % til kommuner, mens 10 % beholdes som et sentralt reservelager/buffer.

Når utstyret er fordelt, har Helse Sør-Øst RHF sørget for transport av smittevernutstyret til de andre regionene. Utstyret som er fordelt til spesialisthelsetjenesten i egen region er overført til Helse Sør-Østs forsyningssenter og er fraktet videre derfra til helseforetak/sykehus. I tillegg har Helse Sør-Øst RHF sørget for utkjøring av smittevernutstyr til kommunene i regionen etter fordeling besluttet av fylkesmennene. De andre regionale helseforetakene har distribuert utstyr til kommuner i sin region.

I alle helseregionene er det arbeidet med å opplyse om riktig bruk av smittevernutstyr. De regionale helseforetakene har vektlagt å følge retningslinjene for bruk på FHIs hjemmesider.

Arbeidet med å skaffe nok og riktig smittevernutstyr har pågått kontinuerlig og per utgangen av første tertial er det inngått en rekke kontrakter med forskjellige utenlandske og norske leverandører.

Legemidler

Helse Sør-Øst RHF ble gitt ansvar for oppbygging av beredskapslager for legemidler for hele spesialisthelsetjenesten etter fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Legemiddelberedskapen er delt inn i flere nivåer.

Nivå 0

De fire regionale helseforetakene inngikk i 2015 grossistavtale (G-2015) med Alliance Healthcare Norge (AHN) om distribusjon av legemidler fra grossist til sykehusene og H-resepter som selges av sykehusapotekene. I avtalen er det 660 varenummer hvor det er avtalt 20 eller 45 dagers ekstra lager.

De fire regionale helseforetakene har undertegnet en ny grossistavtale som gjelder fra februar 2021 (G-2021). Det er her avtalt at AHN skal ha et lager av alle legemidler omfattet av avtalen tilsvarende ca. 30 dagers normalforbruk. I tillegg er det avtalt et beredskapslager

med en verdi av ca. 250 millioner kroner. Her vil spesialisthelsetjenesten bruke Mangelsenteret, Sykehusinnkjøp HF og Sykehusapotekene til å definere hva dette beredskapslageret skal inneholde.

Nivå 1
Helse Sør-Øst RHF har fått ansvar for oppbygging av nivå 1 beredskapslager for legemidler. Dette omfatter beredskapslager for Covid-19-ledemidler og H-reseptlegemidler.
Det er i første tertial startet oppbygging av beredskapslager for Covid-19-legemidler, som er legemidler som behøves for intensivbehandling av Covid-19 pasienter. Beredskapslageret bygges opp som et tredjepartslager hos AHN, noe som innebærer at det er Helse Sør-Øst RHF via Sykehusapotekene HF som eier legemidlene. Alle leverandører av produkter som inngår i Covid 19-lageret er identifisert og der hvor leverandør ikke kan levere, er det funnet alternativ leverandør Det er satt opp egen struktur for koordinering, prioritering og uttak av beredskapslageret hvor fagdirektørene i de fire regionale helseforetakene har en sentral rolle.

Det er startet et arbeide med å bygge opp et beredskapslager for H-resepter. H-resepter som selges via private apotek distribueres fra Norsk Medisinaldepot (NMD). Her er det inngått en avtale om at NMD utvider sitt salgslager for H-resepter. Dette gjelder inntil det besluttes å redusere salgslageret til normalt salgslager.

Når det gjelder H-preparater til sykehusene og H-resepter som selges av sykehusapotekene er det per utgangen av første tertial ferdigforhandlet avtale med AHN om følgende;
1. Økt salgslager for H-resepter som selges av sykehusapotekene
2. Tredjepartslager hos ANH for H-preparatlegemidler som leveres til sykehus

Alle leverandører av produkter som inngår i H-preparatlageret er identifisert og der hvor leverandør ikke kan levere, er det funnet alternativ leverandør.

Nivå 2
Arbeidet med nivå 2 legemiddelberedskap i Norge er startet opp i første tertial og det er samarbeidet med Statens legemiddelverk om etablering av en første versjon av en liste for nivå 2-beredskapslager av legemidler i. Denne listen består både av legemidler som det er viktig for primærhelsetjenesten at det finnes ekstra beredskapslager for og en «spesialisthelsetjenesteliste» som består av legemidler som er viktig for spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke legemidler som er knyttet opp mot Covid 19-pasienter, men legemidler det kan bli mangel på og som er viktig for helsetjenesten. Det er per utgangen av første tertial ikke avklart hvilket regionale helseforetak som skal ha ansvar for legemiddelberedskap nivå 2.

Medisinsk teknisk utstyr og forbruksmateriell
Helse Sør-Øst RHF har også en koordinerende rolle for øvrige anskaffelser knyttet til koronaepidemien. Dette omfatter anskaffelser av respiratorer, dialyseapparater, intensiv- og overvåkningsutstyr, samt forbruksmateriell ifm. med økt intensivaktivitet. Ansvaret for anskaffelsene tilligger hver region, men Helse Sør-Øst RHF har hatt en koordinerende rolle overfor Sykehusinnkjøp HF.

Det er per utgangen av første tertial i Helse Sør-Øst bestilt inn totalt 75 respiratorer av typen Hamilton C6, 77 respiratorer av typen T1 og 30 respiratorer av typen C1. Respiratorene er kjøpt inn gjennom eksisterende regionale rammeavtale og innebærer i stor grad en forsering av en planlagt utskifting av respiratorparken. Det er videre bestilt 67

akuttdialysemaskiner. I tillegg ble det etter en behovskartlegging bestilt sprøyte- og infusjonspumper og annet overvåkningsstyr.

Det ble i mars initiert oppbygging av et eget regionalt beredskapslager for intensivprodukter.

Analysekapasitet

Tidlig i utbruddet var det globalt og nasjonalt mangel på prøvetakingsutstyr og reagenser for å påvise SARS-CoV-2 viruset. Helseforetakene rapporterer daglig status for testaktivitet, beholdningen av reagenser og prøvetakingsutstyr, samt hvilken kapasitet man har fremover med det som finnes på lager. Helse Sør-Øst RHF har sammenstilt status for alle regioner.

Den store utfordringen med testkapasitet i Norge handler om reagenser som det er stor etterspørsel etter på det internasjonale markedet. Leverandørene har følgelig leveranseproblemer og som resulterer i at det er behov for rasjonering og fordeling mellom sykehuslaboratoriene. De private laboratoriene er også avhengig av reagens og mottar en mindre andel, men sykehuslaboratoriene blir prioritert slik at pasienter som innlegges med symptomer kan testes.

I tillegg er det knapphet på prøvetakingsutstyr, og anskaffelser av dette pågår. Det er igangsatt arbeid med egen produksjon av for eksempel transportmedium i flere av laboratoriene, slik at man blir mindre avhengig av å anskaffe dette fra eksterne leverandører.

Mangelsituasjonen som er beskrevet ovenfor innebærer et behov for å prioritere og fordele utstyr og reagenser mellom regionene, mellom sykehus i regionene og mellom offentlige og private aktører. De fire regionale helseforetakene har derfor opprettet en interregional gruppe som skal bidra til koordinering, prioritering og fordeling av testutstyr og reagenser. Gruppen er ledet av Helse Sør-Øst RHF, har samarbeidet tett med Helsedirektoratet og FHI og har hatt ett medlem fra hvert av de fire regionale helseforetakene.

Det pågår per utgangen av første tertial et arbeid for å øke testkapasiteten både i regi av Helse Sør-Øst RHF, for testing i egen region, og i samarbeid med FHI og Helsedirektoratet for testing i hele landet.

Det er vurdert alternative plattformer med metoder hvor man ikke vil være avhengig av en bestemt leverandør. Helse Sør-Øst RHF har gitt oppdrag om dette til både Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF. Oppdragene har som siktemål å ta i bruk kompetanse innen ulike metoder og utstyret i helseforetakenes sykehus- og forskningslaboratorier.

En metode som er utviklet ved NTNU og som er etablert ved St. Olavs Hospital HF er viet spesiell oppmerksomhet. Det er derfor arbeidet med kartlegging av hva som kreves av personell, prøvetakingsutstyr, transportmedium, lokaler, pipetteringsutstyr, IKT-utstyr, ekstraksjonsreagens, forbruksartikler, PCR-maskiner, analysereagens, laboratorieutstyr etc. for oppsett og skalering av metoden utviklet ved NTNU ved alle universitetssykehusene i landet. Det er per utgangen av først tertial også gjennomført møter med private aktører.

Samvalg

Styrket pasientrolle

Pasientens helsetjeneste og en styrket pasientrolle er en helsepolitisk målsetting. Samvalg er et strategisk innsatsområde med forventinger om styrket kvalitet og økt kompetanse for pasienten, hvor utvikling av kompetanse og verktøy inngår som en del av satsningen. Samvalg er omtalt i Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst (styresak 114-2018). En av målsettingene er å knytte samvalg og samvalgsverktøy direkte opp mot de behandlingstilbudene der det forekommer uønsket variasjon.

Samvalg har vært tema i flere regionale brukerutvalgsmøter og i samarbeidsmøter med KTV og i regionalt brukerutvalg. Internt i RHF-et har det vært jevnlig dialog om samarbeid og videre utvikling, herunder dialog med ansvarlig for informasjonssikkerhet om løsninger knyttet til bruk av videoer. Samvalg har vært temasak i styret i Helse Sør-Øst RHF 25. april 2019.

Rammeverket «Klar for samvalg»

Helse Sør-Øst RHF har utviklet og arbeider med å videreutvikle et rammeverk for kompetanseheving som består av en rekke moduler og læringsressurser rettet mot helsepersonell, blant annet Train-the-trainer kurs (TTT) for personer som i neste runde vil kunne drive opplæring lokalt («samvalgsambassadører»). Målet er å bidra til økt omfang av samvalg og bedre kvalitet på samvalgssamtaler.

I perioden fra 2018 og frem til utgangen av første tertial 2020 har om lag 2500 ansatte deltatt på undervisning. TTT er en viktig forutsetning for at helseforetakene/sykehusene selv kan drive målrettet kompetanseutvikling. Ved utgangen av første tertial 2020 har 66 personer gjennomgått TTT-kurs og kan bidra til spredning av kompetanse. Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring har bidratt til å understøtte helseforetakene i arbeidet med kompetanseheving.

Utvikling av samvalgsverktøy i Helse Sør-Øst

Det er enda ikke utviklet egne verktøy som er pubsliert på Helsenorge.no fra Helse Sør-Øst, men regionen har bidratt til innholdet i samvalgsverktøy for brystkreft og hofteartrose som er publisert.

I tilknytning til forsknings- og innovasjonsarbeid har ulike fagmiljøer og klinikere i Helse Sør-Øst bidratt til å utvikle flere samvalgsverktøy, herunder utvikling av samvalgsverktøy for bipolar lidelse (som nå prøves ut i Sykehuset Innlandet HF i et eget forskningsprosjekt), for HIV, lungekreft og for pasienter med kronisk smerte (testes ut ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF).

Interregional koordinering

I oppdragsdokument 2017 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016-2017) ble følgende oppdrag gitt:

«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».

Arbeidet med oppdraget som ble gitt til Helse Nord RHF er forsinket. Det interregionale fagdirektørmøtet behandlet og godkjente prosjektmandat for arbeidet den 2.12.2019.

Mandatet definerer prosjektperioden til å være to år med oppstart 1. januar 2020. Prosjektet begrenser seg i hovedsak til å omhandle utvalgskriterier, prosedyrer og prioriteringer for utvikling av fremtidige samvalgsverktøy. Prosjektet startet primo 2020. Det vil være opp til hver enkelt region å foreta egne prioriteringer, men det er et mål at arbeidet skal samordnes basert på en helhetlig nasjonal plan.

Hvordan styrke samvalg?

Samvalg er et strategisk innsatsområde med forventinger om styrket kvalitet og økt kompetanse for pasienten. En implementering innebærer endringer i tenkemåte og kultur. Opplæring for å øke individuelle kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell og utvikling og implementering av samvalgsverktøy som kan støtte både pasientene og helsepersonellet vil måtte skje over tid og krever en systematisk tilnærming.

Det vil være viktig at Helse Sør-Øst RHF understøtter helseforetak og sykehus i deres arbeid med å implementere samvalg innen områder hvor det er hensiktsmessig med regionale løsninger.

Det er også viktig at satsing på samvalg sees i sammenheng med andre tiltak som knytter seg til å styrke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter.

Det er behov for tilpassede tekniske løsningene for opplæring med bruk av video innen rammen av «Klar for samvalg», som også er hensiktsmessige å bruke for «samvalgsambassadører».

Helse Sør-Øst RHF vil fremover bidra til å initiere utvikling av samvalgsverktøy og sørge for at valg av sykdommer og beslutningssituasjoner tilpasses det interregionale prosjektet hva angår prioriteringer og prosedyrer for utvikling av samvalgsverktøy.

Det er behov for at ressursbruken internt i regionen samordnes og at aktiviteter og initiativ er avstemt og samordnet på tvers av regionene. Helse Sør-Øst RHF vil derfor i samråd med helseforetakene etablere et tidsavgrenset prosjekt for å styrke og koordinere arbeidet med samvalg.

Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF har for april et positivt resultat på 16 millioner kroner, som er 10 millioner kroner bedre enn budsjett. Det positive budsjettavviket skyldes høyere driftsinntekter, lavere kostnader til ekstern bistand og noe lavere lønnskostnader. Justert for et positivt budsjettavvik i Forsyningssenteret er reelt positivt budsjettavvik for Sykehuspartner HF 8 millioner kroner. Hittil i år har Sykehuspartner HF et resultat som er 32 millioner kroner bedre enn budsjettert. Justert for Forsyningssenteret er det positive budsjettavviket 31 millioner kroner.

Sykehuspartner HF har investert 252 millioner kroner hittil i år, som er 84 millioner kroner lavere enn budsjett. Avviket er knyttet til utstyrsforvaltning, programmet STIM og sikkerhetstiltak. Av investert beløp hittil i år er 21 millioner kroner i lokale IKT-investeringer.

I april har åtte av ni foretak hatt 28 eller flere grønne driftsdager. Dette er det beste resultatet Sykehuspartner HF har oppnådd en enkeltmåned siden innføring av denne målemetoden i 2018. Målt som rullerende snitt over tre måneder er målet i april ikke nådd. Det samme gjelder for 1. tertial. Dette har sammenheng med et høyt antall hendelser i januar og felleshendelsene i februar som berørte mange helseforetak. Fra og med april vil månedsrapportering være rullerende snitt for de siste tre måneder.

Når det gjelder kritiske hendelser har streng endringskontroll og forsterket bemanning positivt påvirket driftssituasjonen.

For måling av leveranse av ressurser til de regionale prosjektene er tildelt kapasitet fire prosentpoeng under resultatkravet til regionale prosjekter i april. Det er ansatt nye medarbeidere i nøkkelstillinger, noe sm på sikt antas å bedre situasjonen. Det gjennomføres også andre tiltak, eksempelvis etableres eskaleringsrutine for bestilte ressurser som ikke er levert.

Det har vært spesielt tett samarbeid i perioden knyttet til prioritering av leveranser opp mot koronasituasjonen og det har gitt en høy leveransepresisjon. Når bestillinger relatert til koronapandemien ekskluderes, er det en reduksjon av åpne saker på 4 prosent i april og samlet 13,3 prosent per første tertial. Inkludert bestillinger relatert til pandemien har antall åpne saker økt med 36 fra mars og økt med 63 saker fra 31. desember 2019. Bestillinger relatert til pandemien har i april gitt en økning på 50 prosent i innkomne saker mot en ordinær måned.

Felleseide helseforetak

Hovedformålet med de felleseide helseforetakene er å bidra til et styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å bidra til samordning, likhet og likeverdighet, samt at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av det interregionale samarbeidet og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De felleseide helseforetakene styres gjennom årlige oppdragsdokumenter som angir særskilte krav, oppgaver, fastsetter aktivitetskrav og eiernes finansiering. Inntektene skal i hovedsak være basert på priser for tjenester levert til de enkelte regionale helseforetak eller helseforetak. Det gis i tillegg bevilgninger til enkelte formål som representerer fellesaktiviteter som det er uhensiktsmessig å tjenesteprise.

Nedenfor følger en kort status per felleseid helseforetak.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten.

Foretaket har i perioden fortsatt arbeidet med teknisk infrastruktur og forbedret informasjonssikkerhet. HDO HF deltar i det nasjonale prosjektet som utvikler ny IKT-løsning for de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK) i regi av de fire helseregionene. HDO HF skal sørge for koordinering og at det tas ut gevinster mellom AMK IKT-prosjektet og HDO HF sitt prosjekt for anskaffelse av ny kommunikasjonsløsning i akuttmedisinsk kjede (KAK). Ny kommunikasjonsløsning skal levere nasjonal løsning til AMK-sentralene, akuttmottakene og alle landets legevaktsentraler. Planlagt oppstart er ultimo 2022, og med full drift i 2023. Arbeidet er to til tre måneder forsinket som følge av pandemien. Det vil bli rapportert på fremdrift underveis.

I tillegg drifter HDO HF hjertestarterregisteret som er knyttet til AMK-sentralene og det nasjonale legevaktsnummeret 116117.

Rapportert resultat og årsprognose per første tertial vises i tabell 12.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil		Årsprognose	Årsbudsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	**6 290 951**	**-788 899**	***6 934 498***	***110 %***	**4 883 220**	**-**	***4 737 867***	***97 %***

Tabell 12: Resultat per april 2020 for HDO HF.

Avviket per første tertial skyldes delvis rekrutteringsetterslep og delvis reduserte avskrivninger.

Luftambulansetjenesten HF

Formålet med Luftambulansetjenesten HF er å bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger, herunder sørge-for-ansvaret. Foretakets primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet.

Foretaket har gjennom perioden hatt utfordringer knyttet til driften av ambulanseflyene. Det er iverksatt flere tiltak for å opprettholde beredskap og kapasitet. Etter at det ble innført

stenge restriksjoner i forbindelse med pandemien, har foretaket måtte leie inn fly til både smittetransport og mannskaper til basene.

Eierne har finansiert innleid kapasitet, og resultatet per april avspeiler derfor kun ordinær drift. Driften har vært noe redusert i siste del av perioden, både for helikopter og fly.

Rapportert resultat og årsprognose per første tertial vises i tabell 13.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil		Årsprognose	Årsbudsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	**18 270**	**7 759**	***10 511***	***58 %***	**5 940**	**0**	***5 940***	***100 %***

Tabell 13: Resultat per april 2020 for Luftambualsetjenesten HF.

Per første tertial rapporterer foretaket et positivt resultat på cirka 18 millioner kroner. Avviket mot budsjett skyldes delvis periodisering og delvis reduserte kostnader på grunn av færre fly- og helikoptertimer. Foretakets prognose for året er et overskudd på 5,9 millioner kroner og skyldes redusert aktivitet, noe som blant annet gir reduserte drivstoffutgifter. Prognosen forutsetter at eierne finansierer ekstra kostnader som påløper som en følge av pandemien.

Pasientreiser HF

Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene hvor formålet er å oppfylle de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar innen området pasientreiser.

Digitaliseringen av reiser uten rekvisisjon går raskere enn planlagt, andel digitale søknader øker og mengden inngående post reduseres. Foretaket arbeider fortsatt med selvbetjeningsløsninger og nasjonalt rammeverk for anbud og drosjeavtaler.

Prosjekt «Samkjøring» (løsning for samkjøring av pasienttransporter) er forsinket, men framdriften følger revidert plan. Utrulling forventes å starte i andre halvår av 2020.

Det har i perioden vært arbeidet med ytterligere effektivisering av foretaket, og dermed oppfyllelse av intensjonen med et nasjonalt foretak innen pasientreiseområdet.

Rapportert resultat og årsprognose per første tertial vises i tabell 14.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil		Årsprognose	Årsbudsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	**594**	**-0**	***594***	***100 %***	**450**	**-**	***450***	***100 %***

Tabell 14: Resultat per april 2020 for Pasientreiser HF.

Overskuddet per første tertial skyldes delvis lavere lønnskostnader og delvis reduserte avskrivninger. Det er forventet ytterligere besparelser i forhold til budsjett også i andre tertial og at dette kompenseres ved at eierne får midler tilbakeført.

Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og helseforetakene knyttet til større byggeprosjekter. Foretaket skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus. I tillegg skal Sykehusbygg HF sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte.

Virksomheten omfatter to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som løpende ivaretas for de regionale helseforetakene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak.

Omfang av fellesoppgaver er redusert i perioden, sammenlignet med tidligere perioder. Utviklingen er en konsekvens av eiernes beslutning for budsjett 2020.

Prosjektoppgavene forventes å øke i omfang de kommende årene som en konsekvens av regionenes investeringsplaner.

I Helse Sør-Øst er Sykehusbygg HF blant annet involvert i Nytt sykehus i Drammen for Vestre Viken HF og i planene for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Omfanget av fellesoppgaver og administrasjon finansieres i form av tilskudd fra eierne.

Rapportert resultat og årsprognose per første tertial vises i tabell 15.

Tall i 1000 NOK	Regnskap 2020	Budsjett 2020	Budsjettavvik		Årsprognose	Årsbudsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	**-2 534**	**-1 211**	***-1 323***	***109 %***	**-5 066**	**-**	***-5 082***	***0 %***

Tabell 15: Resultat per april 2020 for Sykehusbygg HF.

Årsaken til underskuddet per april er hovedsakelig lavere volum av fakturerbare timer enn budsjettert.

Sykehusinnkjøp HF

Helseforetaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier.

Sykehusinnkjøp HF har i perioden, foruten ordinær drift, ytet en betydelig innsats i arbeidet med nasjonale anskaffelser av smittevernutstyr. Helse Sør-Øst RHF ble tildelt ansvar for disse anskaffelsene og Sykehusinnkjøp HF har bidratt med kompetanse og ressurser.

Foretaket arbeider både med felles prosesser for økt effektivitet og gevinstberegninger innenfor spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har fått finansieringsansvar for stadig flere legemidler. Foretaket har en egen divisjon som sørger for anskaffelser av disse legemidlene.

Rapportert resultat og årsprognose per første tertial vises i tabell 16.

Tall i 1000 NOK	Regnskap hittil	Budsjett hittil	Budsjettavvik hittil		Årsprognose	Årsbudsjett	Avvik budsjett-prognose	
Resultat	**627**	**-5 540**	***6 175***	***985 %***	**-**	**-**	**-**	***0 %***

Tabell 16: Resultat per april 2020 for Sykehusinnkjøp HF.

Overskuddet per første tertial skyldes delvis periodiseringer og delvis reduserte lønnskostnader grunnet at arbeidet med rekruttering er forsinket. Pandemi-relaterte kostnader er ikke innarbeidet i tallene, men er estimert til tilnærmet 10 millioner kroner nasjonalt.

Risikostyring i Helse Sør-Øst

Virksomheten i helseforetaksgruppen skal utøves i samsvar med gjeldende lover, retningslinjer og i tråd med de styringskrav som Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter i oppdragsdokument og foretaksmøte, samt vedtak som fattes av styret i Helse Sør-Øst RHF. Effektiv styring forutsetter at det er etablert en internkontroll som kan bidra til å forhindre styringssvikt, feil og mangler i virksomheten.

Systematisk virksomhetsstyring er viktig i arbeidet med å etablere god intern kontroll i helseforetaksgruppen. Det forutsettes at virksomhetsstyringen følges opp på alle nivåer og at styrene både i det regionale helseforetaket og i de underliggende helseforetakene gis tilstekkelig informasjon til å kunne følge opp sitt ansvar for at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak i foretaksmøte og vedtatte planer og budsjetter.

Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst har ansvar for å følge opp styringsbudskapene gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Styret i Helse Sør-Øst RHF har ansvar for å følge opp styringsbudskap fra Helse- og sosialdepartementet, og skal føre tilsyn med helseforetakene.

Risikostyring er en viktig del av styringssystemet og omfatter både risikovurdering og beskrivelse av risikoreduserende tiltak. Risikostyringen tar utgangspunkt i en vurdering av risiko for at oppgaveløsningen ikke skal være tilstrekkelig sett opp mot krav fra eier, og forutsetter at det iverksettes risikoreduserende tiltak dersom den vurderte risikoen er høyere enn akseptabelt.

Risikostyring og tiltak for å redusere risiko er et lederansvar. På helseforetaksnivå inngår oppfølgingen av dette i det enkelte styrets ansvar. Løpende risikovurdering forutsettes å være grunnlag for helseforetaksledelsens styringsdialog internt i det enkelte helseforetak, overfor helseforetakets styre og mellom helseforetakene og Helse Sør-Øst RHF.

Om risikovurdering

Det utarbeides en risikovurdering for hvert tertial. Denne viser risiko slik ledelsen i Helse Sør-Øst RHF vurderer den ved inngangen til neste tertial.

Risikovurdering er grunnlaget for virksomhetens risikostyring og innebærer å identifisere hvilke risikoområder som kan true oppfyllelsen av virksomhetens mål og krav. Den overordnede risikovurderingen på regionalt nivå tar utgangspunkt i de styringsmål Helse Sør-Øst RHF er pålagt for året gjennom plakat over styringsmål utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet. Styringsmålene er videreutviklet og supplert med egne punkter i en plakat over styringsmål for foretaksgruppen Helse Sør-Øst.

All drift er forbundet med risiko. Det er imidlertid ikke all risiko som krever at det iverksettes spesielle tiltak. Etablerte rapporteringssystemer og løpende monitorering av utvikling vil i mange tilfeller være tilstrekkelig for å hindre uønsket utvikling eller oppdage denne på et tidlig tidspunkt.

I Helse Sør-Øst RHF viser risikovurderingen ledelsens vurdering av risiko før tiltak (*inngangsrisiko*), med utvikling fra forrige tertial, og vurdering av forventet risikonivå etter at de prioriterte tiltakene er gjennomført (*restrisiko*).

Risikovurdering er et ledelsesverktøy som bidrar til å identifisere områder som skal ha størst prioritet og ledelsesmessig oppmerksomhet i kommende periodes internkontrollarbeid. Gjennom vurderingen identifiseres områder med behov for tettere oppfølging enn det som gjøres gjennom ordinær driftsoppfølging.

Vurderingen av risiko vil være avhengig av hvilket nivå den som gjør vurderingen befinner seg på. For eksempel kan vurdering av konsekvens av feilbehandling være vesentlig forskjellig i den delen av organisasjonen som driver med direkte pasientbehandling enn i andre deler av organisasjonen. Dette henger ikke samme med viktigheten av arbeidet med pasientsikkerhet, men speiler snarere at tiltak som må iverksettes for å redusere risiko vil være forskjellig på de forskjellige nivåene. Der det foregår direkte pasientbehandling, vil det ofte være behov for høyere detaljeringsgrad i valg av risikoområder (*operasjonell risiko*).

Helseforetakenes løpende risikovurdering inngår som en del av grunnlaget for det regionale helseforetakets vurdering av risiko. Fremsendelse av risikovurderinger endrer ikke på ansvarsposisjonene i foretaksgruppen og erstatter ikke løpende dialog mellom nivåene.

For alle risikoområder vurderes sannsynlighet for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt. Samtidig vurderes konsekvens av at risikoområdet ikke håndteres på en god nok måte. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

Ut fra vurdert sannsynlighet og konsekvens kategoriseres risikoområdene på en skala fra «lav» til «kritisk». For alle områder som er forbundet med «moderat», «høy» eller «kritisk» risiko synliggjøres tiltak som gjennomføres for å redusere risiko.

Koronaepidemien påvirker resultatoppnåelsen

For 2020 vil beredskapsarbeidet i forbindelse med koronaepidemien påvirke helseforetakenes muligheter til å nå målene og gjennomføre oppgavene i *Oppdrag og bestilling 2020*. De tre overordnede målene i *Oppdrag og bestilling 2020* ligger fast, men det vil innen mange områder ikke være mulig å nå de kvantitative målsetningene som er satt. Det vil også være nødvendig å skyve på tidsfrister for ulike oppdrag.

Selv om koronaepidemien for mange av risikoområdene vil medføre utsettelse/endring i tidspunkt for måloppnåelse, og i en del tilfeller endret vurdering av risiko før tiltak, forventes det ikke at situasjonen vil medføre vesentlige endringer i tiltakene som er satt i verk for å redusere risiko. Helseforetaksgruppens håndtering av beredskapssituasjonen tas inn som et nytt risikoområde 13: *Risiko forbundet med håndtering av covid-19*.

Iverksatte og planlagte tiltak for risikoområdene

Risikoreduserende tiltak kan både redusere sannsynligheten for et uønsket resultat og konsekvensen av at uønsket resultat oppstår.

Tiltakene for det enkelte risikoområde skal bidra til å redusere risiko og bedre måloppnåelse med utgangspunkt i det regionale nivået. Det enkelte helseforetak utarbeider også egne tiltak for å redusere risiko sett opp mot sitt eget risikobilde.

For alle driftsområder vil det finnes en risiko som ikke lar seg fjerne (*iboende risiko*). Gjennom systematisk intern kontroll som omfatter systemer for tidlig oppdagelse av avvik og uønskede hendelser kan håndteringen av uforutsette hendelser forberedes. Dette vil redusere konsekvensene av slike hendelser.

Oversikt over risikovurdering og tiltak etter første tertial 2020

Tabellen nedenfor viser risikoovurdering etter forrige tertial sammen med risikoovurdering etter inneværende tertial. Dette gir et bilde over den historiske utviklingen av risiko. Begge vurderingene viser risiko for vurderingstidspunktet (*inngangsrisiko*), altså vurdert før de prioriterte tiltakene har hatt full effekt.

Tabellen vises også vurdering av risiko det er forventet at området skal ha etter at de prioriterte tiltakene er gjennomført (*restrisiko*).

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

Risikomatrise						
Sannsynlighet	5					
	4					
	3					
	2					
	1					
		1	2	3	4	5
		Konsekvens				

Fargekode	
Rød	Kritisk
Oransje	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

Figur 11: Oversikt over nivåene for risiko, sannsynlighet og konsekvens

Risikoområde 1:	**Risiko for ikke å nå mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk.**		
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	2	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Oppfølging av aktivitetsbudsjetter og bemanningssituasjon, samt krav til tiltak ved avvik			Løpende tiltak
• Øke tilgjengelighet og aktivitet gjennom telefon- og videokonsultasjoner			30.09.2020
• Følge opp etablering av eMeistring			31.12.2021
• Styrke psykisk helsevern til barn og unge gjennom regionalt rekrutteringsprosjekt			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat
Risikoområde 2:	**Risiko for at manglende behandlingskapasitet medfører lange ventetider, fristbrudd og at pasientavtaler ikke oppfylles.**		
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	4	4	Kritisk
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Føle opp helseforetakenes egen tiltak som omhandler rekruttering, logistikk og bedre planlegging i poliklinikker			31.12.2020
• Utnytte ledig kapasitet hos private avtaleparter og avtalespesialister			31.12.2020
• Etablere tilbud om brukerstyrte poliklinikker og øke tilbudet med kvelds- og helgepoliklinikk			31.12.2020
• Øke tilgjengelig og kapasitet gjennom bruk av telefon- og videokonsultasjoner			30.09.2020
• Hjemmeoppfølging av pasienter			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 3: Risiko for redusert kvalitet i pasientbehandlingen, inkludert pasientsikkerhet og korridorplasser.			
• *etter første tertial 2020*	3	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Arbeid med avvikshåndtering og kvalitetsforbedring i regi av det regionale innsatsteamet, inkludert oppfølging av resultater fra GTT-gjennomgangene			31.12.2020
• Innsatsteamets arbeid med regional handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetforbedring			31.12.2021
• Oppfølging av kvalitetsdata og resultater i kvalitetsregisteret			31.12.2020
• Arbeidet med uønsket variasjon			31.12.2021
• Følge opp tiltak som for økt kapasitet og endret oppgavefordeling mellom helseforetak/sykehus			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 4: Risiko for ikke å nå mål for pakkeforløp for kreftpasienter.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	2	3	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Arbeid med pakkeforløp i regionalt innsatsteam			30.09.2020
• Oppfølging av prosjektet med pakkeforløp i Oslo universitetssykehus HF			31.12.2020
• Oppfølging av konsernrevisjonens gjennomgang			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 5: Risiko for ikke å nå målet for redusert bruk av bredspektret antibiotika.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	4	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Gjenoppta arbeidet i læringsnettverket for reduksjon av bredspektrede antibiotika og arrangere sluttkonferansen høsten 2020			31.12.2020
• Oppfølging av bruk av kompendium som er utviklet i regi av læringsnettverket			31.12.2020
• Sykehusapotekene gir fersk informasjon om forskrivningsdata til helseforetak og sykehus			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 6: Risiko for uønsket variasjon i pasientbehandlingen.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	3	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Oppfølging av kvalitetsdata og resultater i kvalitetsregisteret, samt krav om ledelsens gjennomgang i styrene i helseforetakene			31.12.2020
• Delta i interregionalt prosjekt for å redusere uønsket variasjon, inkludert arbeid med utfasing av enkelte prosedyrer i regi av Nye metoder			30.06.2021
• Utarbeide regionale fagplaner for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, for rehabilitering og for laboratoriemedisin og bildediagnostikk			30.06.2021
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 7: Risiko forbundet med utdanning og rekruttering.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	3	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Helseforetakene skal sette av midler til utdanning for å dekke framtidig kompetansebehov i tjenestene. Utdanningsaktivitet skal fremkomme i helseforetakenes planer.			Løpende tiltak
• Det skal tilbys flere praksisplasser og helseforetakene skal tilby moderne og gode praksisstudier. Helse Sør-Øst RHF vil understøtte arbeidet med å innføre en digital løsning med oversikt over antallet praksisplasser (Arbeidslivsportalen) og videreutvikle veilederen for praksisstudiene i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.			Løpende tiltak
• Antall lærlinger i helsefag og andre lærefag som er relevante for driften skal øke i løpet av planperioden 2020–2023. Helsefagarbeiderlærlinger skal spesielt prioriteres. Arbeidet skal ses i sammenheng med helseforetakenes arbeid med å vurdere sammensetningen av kompetanse i hver enkelt enhet.			31.12.2020
• Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide en regional sluttkartleggingsundersøkelse. Undersøkelsen prioriteres startet innen BUP-feltet.			30.06.2021
• Helse Sør-Øst RHF skal implementere nye digitale verktøy som bidrar til modernisering og videreutvikling av nåværende kurs og læringsaktiviteter i regionen.			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 8: Risiko forbundet med HMS og arbeidsmiljø.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	3	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Helse Sør-Øst RHF følger opp at alle helseforetak gjennomfører tiltak for oppfølging av ForBedring-undersøkelsen og kompenserende tiltak der undersøkelsen ikke er gjennomført eller har lav deltakelse			31.10.2020
• Helse Sør-Øst skal arrangere Webinar for å dele læringspunkter fra evaluering av korona-pandemiens påvirkning innen arbeidsmiljø, ansattsikkerhet og pasientsikkerhet			30.09.2020
• Helse Sør Øst følger opp at helseforetakene gjennomfører risikovurderinger, i alle enheter og samlet for hele virksomheten, for å håndtere risikoen for vold og trusselhendelser mot ansatte og pasienter.			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	3	2	Moderat

Risikoområde 9: Risiko forbundet med manglende informasjonsdeling på tvers av løsninger og enheter, samt sen innføring av mobile løsninger.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	3	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Kjernejournal dokumentdeling gir økt informasjonsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Utprøving starter med Oslo universitetssykehus i 2020 og det planlegges videre innføring for alle helseforetak i 2021.			31.12.2021
• Regional EPJ journalinnsyn innføres mellom Sykehuset Telemark, Sørlandet sykehus og Oslo universitetssykehus i 2021.			31.12.2021
• Regional ambulansejournal innføres i 2021.			31.12.2021
• Regional laboratoriedataløsning er innført for patologi for Sykehuset Østfold og Sykehuset i Vestfold og innføres for Akershus universitetssykehus i 2020 og Oslo universitetssykehus i 2021.			31.12.2021
• Mobil plattform etableres av Sykehuspartner HF			31.12.2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 10: Risiko forbundet med etablering av standardisert og fornyet infrastruktur.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	4	4	Kritisk
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Utvikle SIKT-plattformen til å kunne kjøre regionale løsninger			31.12.2021
• Etablere ny felles regional plattform			31.12.2024
• Etablere kryptert stamnett fra Norsk helsenett (WAN)			31.12.2022
• Modernisere nettverk i helseforetakene (LAN)			31.12.2024
• Standardisere og sanere applikasjonsporteføljen			31.12.2022
• Overgang til Windows 10 er gjennomført for 50.000 klienter i 2021. Videre gjennomføring er under planlegging.			31.12.2021
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat

Risikoområde 11: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt for nytt sykehus i Drammen.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	3	2	Moderat
Prioriterte risikoreduserende/-stabiliserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Dialog med Drammen kommune om finansiering av infrastruktur og rekkefølgekrav			-
• Styring og kostnadskontroll i byggeprosjektet			Løpende
• Innarbeide relevante erfaringer fra evalueringen av nytt østfoldsykehus, Kalnes			Løpende
• Medvirkning og forankring hos Vestre Viken HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere			Løpende
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	3	2	Moderat

Risikoområde 12: Risiko forbundet med styring og gjennomføring av prosjekt Nye Oslo universitetssykehus.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	4	3	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak			*Forventet full effekt*
• Dialog med Plan- og bygningsetaten om justering av planprogram			Vår 2021
• Avklaring av virksomhetsinnhold og organisering av akutt- og traumekirurgi			Høst 2020
• Medvirkning og forankring hos Oslo universitetssykehus HF blant ansatte, tillitsvalgte, vernetjeneste og brukere			Løpende
• Ekstern kvalitetssikring av forprosjektet			Primo 2022
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	2	3	Moderat
Risikoområde 13: Risiko forbundet med håndtering av covid-19.			
Risiko på vurderingstidspunktet	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Inngangsrisiko*
• *etter første tertial 2020*	2	4	Høy
Prioriterte risikoreduserende tiltak:			*Forventet full effekt*
• Gjenopprette normal drift og opprettholde beredskap.			Høst 2020
• Forberede økt pågang av covid-19-smittede pasienter.			Høst 2020
• Videreføre god samordning med nasjonale myndigheter og de andre regionale helseforetakene.			Høst 2020
• Planlegge ekstraordinære tiltak innen personellområdet (opplæring, vaktordninger etc.).			Høst 2020
• Bygge opp beredskapslager med tilstrekkelig mengde legemidler, utstyr og forbruksmateriell.			Høst 2020
• Etablere tilstrekkelig testkapasitet.			Høst 2020
Vurdering av restrisiko	*Sannsynlighet*	*Konsekvens*	*Restrisiko*
• *etter gjennomførte tiltak*	1	2	Lav

Tabell 17: Riskovurdering og tiltak etter første tertial 2020

Vedlegg

PowerPoint-vedlegg med rapportering per første tertial 2020, tabeller og grafer.