

**Årlig melding 2015**  
for  
**Helse Sør-Øst RHF**

til  
**Helse- og omsorgsdepartementet**

Hamar 15. mars 2016

## Innhold

1.	INNLEDNING .....	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag .....	3
1.2	Sammendrag av resultatoppnåelse og utfordringer i 2015 .....	3
1.3	Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF .....	18
2.	RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT .....	22
2.1	Pasientens helsetjeneste .....	22
2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet .....	24
2.3	Personell, utdanning og kompetanse .....	29
2.4	Forskning og innovasjon .....	30
3.	RAPPORTERING PÅ KRAV FRA REVIDERT OPPDRAGSDOKUMENT AV 30. JUNI 2015 .....	33
3.1	Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere .....	33
3.2	Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser .....	33
3.3	Samfunnskontrakt for flere læreplasser .....	34
4.	RAPPORTERING PÅ KRAV FRA FORETAKSMØTET .....	36
4.1	Krav og rammer for 2015 .....	36
4.2	Øvrige aktuelle saker i 2015 .....	44
5.	STYRETS PLANDOKUMENT .....	49
5.1	Brukermedvirkning .....	49
5.2	Kvalitet og pasientsikkerhet .....	49
5.3	Samhandling .....	50
5.4	Utviklingstrender og rammebetingelser .....	51
5.5	Utfordringsbilde .....	54
5.6	Det regionale helseforetakets strategier og planer .....	63
6.	VEDLEGG .....	69
6.1	Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015 .....	69
6.2	Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2015 .....	74
6.3	Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst .....	78

# 1. Innledning

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Sør-Øst RHF's visjon er å skape gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

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

## 1.2 Sammendrag av resultatoppnåelse og utfordringer i 2015

### 1.2.1 Måloppnåelse i 2015 for styrets overordnede mål for Helse Sør-Øst

Målene som er definert for helseforetaksgruppen er langsiktige og krever oppfølging over lang tid for å kunne oppfylles fullt ut. Måloppnåelsen hittil er ikke god nok, men i perioden disse målene har bestått har det vært en positiv utvikling innen samtlige målområder.

#### • Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Selv om helseforetaksgruppen i 2015 heller ikke har nådd målene, har fremgangen vært betydelig og økende utover året. Arbeidet med å bistå helseforetakene og sykehusene ble ytterligere intensivert ved inngangen til 2015, bl.a. ved etablering av et eget tilgjengelighetsprosjekt i regi av Helse Sør-Øst RHF. I 2015 ble også prosjektet "*Glemte av sykehuset*" innlemmet i dette arbeidet.

*Tilgjengelighetsprosjektet* har i 2015 fokusert på somatiske poliklinikker, der utfordringene fortsatt er størst. Økt ressursutnyttelse har både vært et mål og virkemiddel for å bedre pasientenes tilgjengelighet til tjenestene. Et innsatsteam har gitt bistand til utvalgte poliklinikker med særlig store utfordringer. I tillegg har ledelsen på alle nivåer i foretaksgruppen hatt ventetider og fristbrudd som fast tema på alle oppfølgingsmøtene.

Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt pr. 31. desember 2014 og 2015 bekrefter fremgangen:

- Den polikliniske aktiviteten er vesentlig høyere:
  - Samlet for alle tjenesteområder ca. 195 000 (+4,7 prosent) flere konsultasjoner.
  - Herav er økningen innen somatikk på ca. 107 000 (+4,0 prosent).
- Færre pasienter som venter:
  - 120 677 ventende pasienter mot 145 492 ved forrige årsskifte. I løpet av året er dermed "køen" redusert med 24 815 pasienter (-17,1 prosent).
- Ventetidene er redusert:
  - 9 dager kortere ventetid for avviklede pasienter (gjennomsnitt for året: -5 dager).
  - 31 dager kortere for ventende pasienter (gjennomsnitt for året: -17 dager).

- Lavere antall og andel fristbrudd:
  - Redusert fra 1206 fristbrudd for avviklede pasienter i desember 2014 (4,9 prosent) til 380 (1,0 prosent).
  - Redusert fra 2 831 fristbrudd for ventende pasienter i desember 2014 (11,5 prosent) til 526 (1,4 prosent).

Forbedringstakten har økt gjennom hele året og mest i annet halvår, Mye av innsatsen har vært rettet mot de som har ventet lengst på behandling. Ved utgangen av 2014 ventet ca. 145 000 pasienter på sin helsehjelp. I gjennomsnitt hadde de ventet 108 dager. Ett år senere var antall ventende ca. 120 000 pasienter med en ventetid på 77 dager. Nærmere analyser viser at halvparten av effekten kan tilskrives reduksjonen av pasienter med ventetid over ett år.

For å nå målene i 2016, vil helseforetaksgruppen ta utgangspunkt i de uløste utfordringene. En grunnleggende forutsetning for å kunne etterleve lovkrav, og et premiss for å lykkes i prosjektarbeidet, er utvidelse av planleggingshorisonten. Dette følges opp i det enkelte helseforetak, og har vært prioritert gjennom 2015. Resultatene for andel med tildelt time i første svarbrev og reell timetildeling viser likevel at alle helseforetak/sykehus ligger langt unna målet om minimum seks måneder planleggingshorisont i alle poliklinikker per 1. januar 2016, jf. departementets tilleggsoppdrag gitt helseforetakene i august 2015. Det er behov for forsterket støtte og oppfølging i 2016, og tilgjengelighetsprosjektet skal bidra ved at målet om seks måneders planleggingshorisont legges som en forutsetning for alle aktiviteter.

I 2016 vil prosjektet utvide satsingen, ved at en arbeider mer med hele pasientforløpet og i større grad får med alle tjenesteområdene. Bl.a. vil en mer systematisk samle og spre erfaringer og læring fra arbeidet samt stille områdespesifikke mål for reduksjon av antall ventende, ventetider og antall pasienter hvor forventet tid for time er passert. I 2015 har Helse Sør-Øst RHF sendt brev til alle avtalespesialistene og bedt disse bistå i arbeidet. De nye rammeavtalene gir større muligheter til å få avtalespesialistene mer konkret med i dette arbeidet, jf. samarbeidsavtalene som nå skal opprettes mellom helseforetakene og avtalespesialistene i sykehusområdene.

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

Helse Sør-Øst har definert et eget måltall for dette styringsparameteret. Andel sykehusinfeksjoner skal reduseres til under tre prosent. Dette målet er samlet sett ikke nådd i løpet av 2015.

I flere år har det vært gjennomført prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner fire ganger per år i Helse Sør-Øst. I 2011 viste målingene et nivå på 5,2 prosent, i 2013 4,2 prosent, i 2014 4,8 prosent og første kvartal 2015 viser 4,9 prosent. Alle helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst rapporterer som pålagt i *Norsk overvåkingsystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* (NOIS).

Reduksjon av sykehusinfeksjoner er utfordrende og økning av multiresistente bakterier krever større innsats ved helseforetakene. Samtidig er også antibiotikaresistens en økende utfordring. Alle helseforetak og sykehus har iverksatt tiltak for å forbedre resultatene.

Pasientsikkerhetsprogrammet er også en del av satsningen for å forebygge infeksjoner. Regional smittevernplan ble revidert i 2015 og de aller fleste helseforetak har handlingsplaner for smittevern i tråd med denne. I tillegg er det i 2015 fra det regionale helseforetaket lagt til rette for etablering av antibiotikastyringsprogram som operasjonaliseres i 2016.

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

Helse Sør-Øst har samlet sett ikke nådd målet i løpet av 2015. Ved utgangen av 2015 hadde 63 prosent av pasientene fått bekreftelse på henvisning og tidspunkt for utredning eller

behandling i samme brev. Det skjedde en tydelig økning i antallet måneden før endringen i pasient- og brukerrettighetslovens ikrafttredelse 1. november 2015 og antallet økte ytterligere fra november til desember. Med lovendringen skal henvisninger til spesialisthelsetjenesten vurderes innen ti virkedager, med skriftlig informasjon til pasient og henviser om utfallet og hvor det også skal opplyses om en konkret time eller uke for oppstart av helsehjelp. En grunnleggende forutsetning for å kunne etterleve lovkrav, og et premiss for de aktiviteter som kreves gjennomført for å lykkes i arbeidet med tilgjengelighetsprosjektet, er utvidelse av planleggingshorisonten til minimum seks måneder i alle poliklinikker. Dette er det enkelte helseforetaks ansvar, men det er behov for regional understøttelse og oppfølging. Helseforetakene er fulgt opp gjennom oppfølgingsmøter, fagspesifikke møter og ved bruk av innsatsteam. Det erkjennes at dette ikke har gitt tilstrekkelig resultat og at området krever fortsatt sterk regional oppfølging i 2016.

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

Medarbeiderundersøkelsen er en sentral del av det systematiske forbedringsarbeidet knyttet til arbeidsmiljø og tjenestekvalitet i helseforetaksgruppen. Alle medarbeidere skal involveres i lokalt forbedringsarbeid, og finne frem til konkrete tiltak for egen enhet. En analyse gjennomført i 2014 viste at enheter som skårer høyt på involvering av egne medarbeidere også skårer høyere på en rekke tema i undersøkelsen, som konflikter, sosialt samspill, forbedring, medvirkning, kvalitet, tilhørighet, motivasjon og faglig utvikling. De samme enhetene har også en signifikant forbedring på disse temaene fra året før.

I 2015 svarte 55 prosent av respondentene at de hadde vært involvert i oppfølging av fjorårets undersøkelse, hvilket er likt med 2014. Siden 2010 har helseforetaksgruppen samlet sett gått tolv prosentpoeng frem, fra 43 prosent til 55 prosent.

For å øke måloppnåelsen gjennomføres det faste møter mellom det regionale helseforetaket og foretakene, både knyttet til gjennomføring og til resultatoppfølging. Alle foretak behandler resultatene i styre og i arbeidsmiljøutvalg. Det stilles klare krav til ledere om etablering av tiltaksplaner på alle nivåer. Forbedringsarbeidet følges opp i flere kanaler, gjennom arbeidsmiljøutvalg, faste rapporterings- og oppfølgingsprosesser, ledelsens gjennomgang mv. Det regionale helseforetaket følger dette målet kontinuerlig for å påse at medarbeidernes opplevelse av delaktighet i oppfølgingsarbeidet kartlegges årlig.

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

Helseforetaksgruppens resultatutvikling i 2015 er positiv og bedre enn i 2014, og samlet er det god kontroll med økonomien i foretaksgruppen. Den positive resultatutviklingen legger et grunnlag for økt investeringsevne i foretaksgruppen. Det samlede investeringsbehovet til helseforetaksgruppen er stort, og det må foretas riktige prioriteringer av investeringsprosjekter for å sikre god kvalitet i pasientbehandling samtidig som helseforetaksgruppen har økonomisk bæreevne til å gjennomføre prosjektene. Vedtatte regionale prinsipper for likviditetsstyring legger til rette for at helseforetakene kan bruke egne likviditetsoverskudd til investeringer.

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

## **1.2.2 Aktivitetsutvikling**

### **Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Helse Sør-Øst RHF har i regelmessige oppfølgingsmøter fulgt opp helseforetakenes prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette arbeidet er også fulgt opp i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner (ØLP) og budsjettarbeid.

Målt i aktivitet (polikliniske konsultasjoner) har Helse Sør-Øst oppnådd målet om en sterkere vekst innen psykisk helsevern (PHV) og rusbehandling (TSB) enn somatikk. Innen psykisk helsevern barn og unge (BUP) er veksten marginalt større, mens både psykisk helsevern voksne (VOP) og rusbehandling har langt større vekst enn somatikk. Dette skjer på tross av en betydelig innsats i Helse Sør-Øst innen somatikk for å redusere antall pasienter som har ventet lenge og forekomst av fristbrudd.

Mye av veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling kan også tilskrives volum i avtaler med private leverandører. Den økte aktiviteten gir utslag på ventetidene. Spesielt gjelder dette for rusbehandling, der ventetiden har gått jevnt ned og ved slutten av året er rundt 43 dager i gjennomsnitt. Dette er tolv dager lavere enn ett år tidligere. Psykisk helsevern ligger også godt innenfor målkravet om ventetid under 65 dager.

Den sterkere veksten innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk skal også måles i bemanning og kostnader. Forhold knyttet til registrering og rapportering gjør det utfordrende å sammenligne veksten målt i bemanning og kostnader. Videre er kostnadsbildet i somatikken preget av sterk økning bl.a. av kostnader til legemidler. Samlet innebærer disse faktorene at det er vanskelig å foreta en entydig tolkning av utviklingen.

På bakgrunn av utfordringer knyttet til tolkning og ulik rapportering samarbeidet Helse Sør-Øst RHF med de andre regionale helseforetakene høsten 2015 om utvikling av en felles rapporteringsmetodikk. Resultatet av arbeidet ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

### **Døgnbehandling/poliklinisk behandling**

Budsjettert aktivitet på ISF (kap. 732.76) og polikliniske refusjoner (kap. 732.77) ligger noe over forutsetninger i statsbudsjett. Budsjettert aktivitet på ISF ligger noe under det som ble budsjettert i Helse Sør-Øst, noe over for polikliniske refusjoner.

Aktivitet målt i antall DRG-poeng ligger samlet 3,4 prosent over fjoråret. Innen døgnbehandling er det en økning fra 2014 til 2015 på 2,3 prosent, dagbehandling opp med 12,5 prosent, og økning innen poliklinikk er på fem prosent. Dreining av ressurser fra døgn til dagbehandling og poliklinikk er en ønsket utvikling.

Sammenlignet med 2014 er det en betydelig vekst i aktivitet innenfor alle tjenesteområder. Foretaksgruppen har arbeidet aktivt med å ivareta regelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk. Aktivitet vært noe lavere enn budsjettert innen psykisk helsevern for enkelte aktivitetskategorier, bl.a. har enkelte helseforetak meldt om rapporteringsutfordringer i forbindelse med overgang fra BUP data til DIPS.

Vekst i polikliniske konsultasjoner fra 2014 til 2015:

- Somatikk 4 prosent.
- PHV 5,3 prosent (VOP 6,1 prosent, BUP 3,9 prosent).
- TSB 8,2 prosent.

For døgnaktivitet somatikk fortsetter utviklingen med reduksjon i liggedøgn. Flere momenter medvirker. Det er en langvarig medisinsk utviklingstrend at nye behandlingsmetoder og bedre logistikk fører til kortere liggetid. Fortsatt effekt av samhandlingsreformen ser ut til å gi færre utskrivningsklare pasienter. Behov for sykehusinnleggelse kan også bli redusert gjennom at flere kommuner har bygget opp egne øyeblikkelig hjelp-tilbud.

### **Forbedret samarbeid og riktig bruk av private leverandører**

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

Ved siste anbudskonkurranse innen TSB ble leverandørene tilført midler til økt ambulant virksomhet for å styrke samarbeidet mellom leverandørene, kommunene og helseforetakene. Hensikten med dette er å lette overgangene for denne pasientgruppen basert på erfaringene som viser at mange ikke møter opp til behandling eller får mangelfull oppfølging i etterkant av døgnbehandlingen.

Aktivitetsrapporter viser stor variasjon i måten praksisene drives av private avtalespesialister. Dels er det stor variasjon i antall konsultasjoner, men det kan også se ut som om selve profilene på de ulike praksisene er ulike. På bakgrunn av ny rammeavtale for avtalespesialister er det igangsatt et arbeid med en regional plan for avtalespesialistområdet hvor man vil se på geografisk fordeling og fordeling per spesialitet, samt på hvilke indikatorer som skal brukes for å sikre en best mulig utnyttelse av ressursene til beste for pasientene. I tillegg starter arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialistene og helseforetakene hvor det er ønskelig at det inngår gode rutiner for oppgavedeling knyttet til pasientgrupper og pasientforløpene. Arbeidet starter opp med et pilotprosjekt i samarbeid Sykehuset Østfold for utarbeidelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene i sykehusområdet, herunder en vurdering av et mulig samarbeid om utdanning av leger.

### **1.2.3 Samhandling**

#### **Avtaler mellom helseforetak og kommuner**

Samhandling med kommunehelsetjenesten for å utvikle gode behandlingstilbud er et prioritert innsatsområde. Det er etablert regionalt og lokalt avtaleverk og samhandlingsarenaer mellom helseforetak og kommuner. Kommunene og helseforetakene har arbeidet med avtaleverket i henhold til ny helse- og omsorgstjenestelov. Avtalene mellom helseforetak og kommuner inngått i 2012 er i stor grad evaluert og revidert der partene har funnet det hensiktsmessig.

Det pågår en rekke samhandlingsaktiviteter i alle sykehusområder i Helse Sør-Øst. Disse aktivitetene kan være tidsavgrensede prosjekt eller arbeid i løpende drift. Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner, og det løpende utviklingsarbeidet som skjer i samarbeid mellom de ulike delene av helsevesenet, er de viktigste virkemidlene for å nå målene i samhandlingsreformen. Det understrekes at dette er et langsiktig utviklingsarbeid. Den nasjonale ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 fortsetter. Ordningen har ført til at det er færre utskrivningsklare som ligger lenge i sykehus. På den andre siden rapporterer kommunesektoren om økt press på kommunale sykehjem og hjemmetjenester.

Kommunene hadde frist ved utgangen av 2015 til å ha etablert nye øyeblikkelig hjelp-plasser som skal avlaste sykehusenes øyeblikkelig hjelp-funksjon. De fleste kommunene er godt i gang, men

det er foreløpig liten effekt på etterspørselen etter sykehustjenester. Spesialisthelsetjenesten må bidra i etablering og oppbygging av disse tilbudene slik at de får den ønskede effekten. Gode prosedyrer og praksis ved utskrivning er av særlig betydning for pasienter som trenger omfattende hjelp etter utskrivning, mange av disse er eldre pasienter. Helse Sør-Øst RHF har, i lys av samhandlingsreformen, startet arbeid med evaluering og revisjon av handlingsplanen for spesialisthelsetjenesten for eldre.

### **Praksiskonsulentordningen og andre virkemidler/tiltak**

Utvikling av gode samarbeidsformer med fastlegene vil være en avgjørende faktor for å lykkes med implementering av samhandlingsreformen. I den forbindelse er arbeidet med praksiskonsulentordningen i Helse Sør-Øst prioritert. Alle helseforetak har etablert praksiskonsulentordning og regionen har nå omlag 80 praksiskonsulenter. Helse Sør-Øst RHF har etablert et eget nettverk for koordinatorene i praksiskonsulentordningene.

### **1.2.4 Kvalitet, pasientsikkerhet og kunnskapsbasert praksis**

#### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning i Helse Sør-Øst er etablert i alle sentrale administrative og faglige fora. I samarbeid med brukerutvalget arbeides det målrettet for å legge til rette for pasienter og pårørendes medvirkning i pasientforløpet, herunder i valg mellom aktuelle behandlingsformer (samvalg).

#### **Arbeidet med regionale fagråd, fagutvalg, kompetansetjenester.**

Helse Sør-Øst RHF har etablert 13 fagråd. Fagrådene er rådgivende organ for fagdirektør/ledelsen i Helse Sør-Øst RHF. Fagrådene bidrar til faglig utvikling og koordinering på tvers av sykehusområdene slik at praksis i regionen som helhet blir mest mulig likeverdig. Det er utarbeidet et standardmandat for fagrådene. Flere av fagrådene har i tillegg fått konkrete bestillinger for sitt arbeid som en konkretisering av mandatet. I 2015 ble det også opprettet fire fagutvalg for å understøtte og styrke arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet innen konkrete fagområder med særlige faglige utfordringer. Fagutvalgene har også et standardmandat og får i tillegg en konkret bestilling for sitt arbeid.

Fagrådenes og fagutvalgenes anbefalinger bygger på dokumentert kunnskap og god praksis og det sikres legitimitet gjennom gode prosesser i dialog med fagmiljøet, brukere og tillitsvalgte. Fagrådene er oppnevnt permanent, mens fagutvalg oppnevnes midlertidig med tanke på å løse en konkret utfordring innenfor et definert fagområde.

Helse Sør-Øst RHF har etablert flere regionale kompetansetjenester for å styrke kvaliteten på tjenestene. Det gjennomføres en systematisk oppfølging av tjenestene gjennom en årlig evaluering av innleverte årsrapporter.

#### **Pakkeforløp, standardisere pasientforløp, arbeidsprosesser og prosjekter og nettverk**

Andel nye pasienter i pakkeforløp skal være minst 70 prosent. Dette er et krav Helse Sør-Øst oppfyller meget godt. Implementering av pakkeforløp for kreft har vært en suksess og er pasientens helsetjeneste i praksis. Ledelsens involvering og støtte for å iverksette forbedringer og allokere ressurser har vært avgjørende. Nasjonale mål og målinger har vært en driver for implementering og forbedringsarbeid.

Andel pasienter behandlet innen standard forløpstid skal være minst 70 prosent. Helse Sør-Øst har gode resultater å vise til for mange pasientgrupper, og resultatet ligger samlet på over 70 prosent ved slutten av året. Videre arbeid med forløp er viktig for å oppnå målene for prostatakreft, gynekologisk kreft og brystkreft. Pakkeforløp for kreft har synliggjort viktigheten



av å måle pasientflyt, der man følger den enkelte pasient for å sikre at pasienter i størst mulig grad skal unngå «ikke faglig begrunnet ventetid»

For å sikre læring på tvers har det vært arrangert flere regionale samlinger som generelle samlinger for klinikere og ledere, samlinger for forløpskoordinatorer og samlinger for monitoreringsansvarlige. På helseforetaksnivå har det vært positiv holdning til innføring av pakkeforløp kreft og helsepersonell har uttalt at de gjennom denne ordningen kan yte bedre service overfor pasientene. Pakkeforløpene for kreft utfordrer etablerte strukturer med den tradisjonelle avdelingsinndelingen. Faglig og administrativ ledelse har allokert ressurser og bidratt til bedre samarbeidet både innad på helseforetak og mellom helseforetak og sykehus. Flaskehals er blitt avdekket og forbedringstiltak er iverksatt. For å sikre rask hjelp for prioriterte pasienter har en avsatt bestemte tidspunkt (“slot-tider”) på poliklinikker, innen radiologi og på operasjonsprogrammene. Det er iverksatt konkrete tiltak med innkjøp av nytt utstyr, reforhandlet avtaler med private tjenesteleverandører og ansatt nøkkelpersonell som for eksempel patologer.

Spesielle tiltak ble iverksatt sommeren 2015 for å forebygge at pasientene skulle få lengre ventetid gjennom sommerferien. I stor grad handlet dette om å være bevisst på å ha spesialister til stede gjennom hele sommerferieavviklingen. Helseforetakene har arrangert egne informasjons- og kommunikasjonsmøter der fastleger innenfor opptaksområdet er invitert.

Det har vært arbeidet med å tilrettelegge for helhetlige pasientforløp for sykdomsgruppene hjerneslag, prostatakreft, hoftebrudd, samt for pasienter med skadelig bruk/avhengighet av alkohol i regionalt nettverk for pasientforløp og pakkeforløp. Skadelig bruk av alkohol/avhengighet er et sammensatt område. Regional erfaringsutveksling som sikrer læring på tvers har vært gjennomført. Både innenfor helhetlig pasientforløp og pakkeforløp er samvalg vesentlig, slik at pasientene deltar i beslutning om valg av behandlingsalternativer. E-læringskurs for samvalg har i 2015 vært utviklet ved Sørlandet sykehus, regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring. Målgruppen for e-læringskurset er pasienten, men dette er også meget nyttig for helsepersonell.

Det er en utfordring å ha system for “kontinuerlig forbedring” på helseforetaksnivå. Erfaringsutveksling mellom alle helseforetak i regionen der brukere har deltatt aktivt har vært nyttig for videreutvikling av tjenestetilbudene.

### **Kvalitetsregistre**

Data fra nasjonale kvalitetsregistre brukes i stadig større grad til å sikre kvalitet i behandlingen. Blant annet viste data fra Norsk hjertekirurgiregister en vedvarende reduksjon i antall utførte koronar bypass inngrep i en slik grad at volumet begynner å nærme seg et kritisk lavt volum som er nødvendig for å opprettholde kvaliteten ved de fire universitetsklinikene som utfører slike inngrep. For alle hjertekirurgiske operasjonstyper er det betydelige forskjeller i behandlingsrater mellom de fire helseregionene, noe som har utløst en prosess for å sikre harmoniserte indikasjoner for denne typen behandling.

### **Oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammet**

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

GTT-undersøkelsen i 2014 (som ble publisert i september 2015) anslår at det i 13,9 prosent av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Estimert var på 13,0 prosent i 2013, 13,7 prosent i 2012, 16,1 prosent for 2011 og 15,9 prosent i 2010. Nivået i 2014 er ikke signifikant forskjellig fra 2013. Nivået for 2014, 2013 og 2012 er statistisk signifikant lavere enn for 2011. Skadetyperne som det er funnet mest av gjennom alle årene er urinveisinfeksjoner, legemiddelrelaterte skader, postoperative sårinfeksjoner, annen kirurgisk komplikasjon og nedre luftveisinfeksjoner. Resultatene er ikke egnet for å sammenligne mellom helseforetak, men er et utgangspunkt for den enkelte enhet for å kunne belyse endringer og framgang over tid. Pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder er innrettet mot å forebygge skade på disse områdene og har som mål å redusere forebyggbare skader med 25 prosent innen 2018.

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

Styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet har besluttet at fire nye innsatsområder vil bli inkludert som frivillige innsatsområder i 2016. De nye områdene er:

1. Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis
2. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
3. Ernæring
4. Klinisk forbedringsprosjekt.

### **Brukererfaringer og pasienttilfredshet**

Kunnskapssenteret presenterte i august 2015 pasienterfaringer med norske sykehus, PasOpp for 2014. Arbeid med å øke graden av brukertilfredshet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst, og det kreves innsats over tid for å bedre resultatene. Det gjenspeiles i de relativt få endringene som er observert fra 2013-2014, men det er gledelig at Helse Sør-Øst som foretaksgruppe har utviklet seg positivt på fire av ni områder i siste tre-årsperioden, ved at ingen områder ligger under landsgjennomsnitt.

### **1.2.5 Kapasitetsvurderinger**

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan ”sørge for”-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Dette ansvaret ivaretas gjennom tilbud ved egne helseforetak og ved supplerende kapasitet anskaffet fra private tilbydere. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet. Det er avgjørende for Helse Sør-Øst RHF å legge et godt grunnlag for å sikre riktig kapasitet på spesialisthelsetjenestene i tråd med forventede endringer som vil påvirke behov og kapasitet. Kapasitetsvurderinger gjøres blant annet i forbindelse med strategiske planer og økonomiske langtidsplaner, inntektsfordelingsmodell og ved etablering av framskrivningsmodell for fremtidig aktivitet og kapasitetsbehov.

Det arbeides med utviklingsplaner og idéfaser i de fleste sykehusområdene i Helse Sør-Øst. I 2016 vil det også bli igangsatt arbeid med en regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette arbeidet vil også adressere kapasitetsutfordringer regionalt.

### **Særskilt om kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet**

I 2015 har det vært spesielt oppmerksomhet knyttet til kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Det er gjennom styrevedtak etablert grunnlag for videre arbeid med nødvendige

kapasitetstilpasninger. I styresakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i sykehusområdene Oslo og Akershus kan møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området. Sykehusene i Oslo-området og Oslo kommune har lange tradisjoner for samarbeid og deling av oppgaver. Arbeid og vurderinger i hovedstadsområdet skjer i nært samarbeid mellom Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, de private ideelle sykehusene og Oslo kommune.

I styresak 082-2015 er det lagt et grunnlag for videre arbeid knyttet til gjennomføring av tiltak for å møte kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder. Rapport fra kapasitetsprosjektet som ble lagt frem for styret i nevnte styresak er sendt på bred ekstern høring fram til april 2016.

Idéfaserapport fra Oslo universitetssykehus er oversendt Helse Sør-Øst RHF tidlig i 2016, og det arbeides ved Akershus universitetssykehus med utviklingsplan for perioden frem til 2030. Disse arbeidene vil sammen med gjennomført høring av prosjektrapporten ligge til grunn når styret i Helse Sør-Øst våren 2016 vil bli forelagt en beslutningssak om kapasitetsutfordringene i sykehusområdene Oslo og Akershus. Dette sikrer en helhetlig og samordnet vurdering av kapasitet for hele hovedstadsområdet.

Videre følger Helse Sør-Øst RHF tett opp kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus. Tidligere inngåtte avtaler med Diakonhjemmet Sykehus og Sykehuset Innlandet om avlastning er videreført.

### **1.2.6 Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

#### **Ledelse**

Virksomheten innen lederutvikling har fortsatt i 2015 etter de samme føringer og retningslinjer som tidligere. Helse Sør-Øst RHF's "konsept for lederutvikling" ligger som en felles ramme for helseforetakenes tilbud og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt. Flere helseforetak satser ikke bare på utvikling av de enkelte ledere, men også på utvikling av ledergrupper på ulike nivåer. Helse Sør-Øst RHF bidrar til erfaringsdeling mellom helseforetakene gjennom konferanser, nettverk og med konkret bistand til utvikling og gjennomføring av tiltak.

Det fokuseres i økende grad på ledergruppeutvikling hvor temaene "resultatutvikling" og "resultatsikring" blir prioritert høyt. I lederutviklingsseminarene vektlegges mer og mer hvordan ledere, på en involverende måte, kan sikre nødvendig kompetanseutvikling og ressursstyring.

Helse Sør-Øst har bidratt til å utvikle det nasjonale ledermobiliseringsprogrammet i samarbeid med *Nasjonal ledelsesutvikling*, som har som formål å vekke interesse for ledelse blant yngre fagfolk. Sykehuset Innlandet har vært regional pilot. I 2016 går Sykehuset i Vestfold inn i programmet.

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

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

## **Strategisk kompetanseutvikling**

Den regionale behovsanalysen i 2014 indikerte behov for økt utdanningskapasitet spesielt for sykepleiere (grunnutdanning), spesialsykepleiere (intensiv, anestesi og operasjon), bioingeniører og legespesialister innen visse områder (psykiatri, radiologi, patologi, geriatri, lungemedisin og gastroenterologi). Dette er lagt til grunn for Helse Sør-Øst RHF's innsats i 2015.

Arbeidet har vært konsentrert om følgende hovedområder:

- Nasjonal helse- og sykehusplan: Fremskrivningsmodellen har blitt utredet under ledelse av Helse Sør-Øst RHF. Dette resulterte i utvikling av en nasjonal bemanningsmodell. I tillegg er det gitt løpende innspill til departementets bestillinger i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.
- Ny spesialiststruktur for leger: Helse Sør-Øst RHF ledet det nasjonale utrednings- og prosjektarbeidet knyttet til konkretisering og implementering av ny legespesialistutdanning.
- Spesialsykepleiere: Det er gitt føringer og iverksatt ulike tiltak for å stimulere ansatte til videreutdanning som spesialsykepleier innenfor utsatte områder.
- Bedre planprosesser: Det er tatt initiativ til en mer sammenhengende planprosess både internt i regionen og i forhold til myndigheter og høyskoler. Det er også gitt konkrete innspill til høyskolenes utdanningskapasitet.
- Organisatoriske tilpasninger: Det er gjennomført flere organisatoriske endringer for å styrke og samordne den felles regionale innsatsen innenfor utdannings- og kompetanseområdene. Det regionale helseforetakets arbeid innen kompetanse og utdanning er dessuten styrket ressursmessig i 2015.

På legesiden er det en rekke strategisk viktige oppgaver som må håndteres fremover, både knyttet til ny spesialistutdanning og dimensjonering av utdanningskapasitet. Det er også behov for faglig forankring av utviklingen innen sykepleie både med tanke på endringer i grunnutdanning, evt. jobb-/oppgaveglidning samt behov og utvikling innenfor utdanning av spesialsykepleiere.

## **Bedre ressursstyring**

I 2015 er ansvar for implementering av arbeidet med bedre ressursstyring overført til helseforetakene som driftsoppgave. Dette basert på den systematikken (BRASSE) som det er gitt opplæring til i hele foretaksgruppen. I tillegg har det regionale "*Tilgjengelighetsprosjektet*" arbeidet særskilt for bedre ressursstyring og ressursprioritering innen utvalgte områder med lange ventetider, med særskilt prioritering for å nå de nasjonale målsetningene om 65 dagers gjennomsnittlig ventetid. Videre er det etablert felles forum i regional regi med representasjon fra helseforetakenes HR-, økonomi- og fagavdelinger, for å arbeide videre med kravene fra revidert oppdragsdokument om seks måneders planleggingshorisont for poliklinikker samt funnene i Riksrevisjonens undersøkelse av styring av pleieressursene i helseforetakene.

Tidligere styringskrav om reduksjon av total andel deltidsansatte i foretaksgruppen er innfridd. Nivået ligger nå på ca. 34 prosent. Arbeidet med å redusere ufrivillig deltid er imidlertid videreført i 2015. Alle deltidsansatte som ber om det, skal få en individuell vurdering av sine muligheter for hel stilling basert på virksomhetens behov og innenfor rammen av aktuelle arbeidstidsordninger.

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

Foretaksgruppen har fortsatt vekst i bemanningen målt i brutto månedsverk. I de fleste helseforetakene var bemanningen ved årets utgang høyere enn budsjettet og høyere enn foregående år. Helse Sør-Øst RHF følger denne utviklingen nøye gjennom månedlige oppfølgingsmøter og foretakene følges tett opp mht. aktuelle tiltak.

Samlet gir styringsmålene til Helse- og omsorgsdepartementet og funnene i Riksrevisjonens rapport om pleieressurser i helseforetakene nye utfordringer for planlegging av arbeidskraft og god ressursstyring som vil måtte følges opp fremover.

### **Innsats innen HMS-området**

Helseforetaksgruppens rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF i oktober 2015 (sak 067-2015). Rammeverket omfatter policy og indikatorer som angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS-området. For å få bedre og mer helhetlig oversikt over HMS-status i regionen er det innført fire nye styringsindikatorer:

1. Andel enheter med HMS-handlingsplaner
2. Antall registrerte HMS-hendelser per medarbeider
3. Personskadefrekvens (H2-verdi)
4. Tilbakemelding på meldte HMS-hendelser

Indikatorene vil bidra til å forbedre resultatoppfølging både for Helse Sør-Øst RHF og internt i helseforetakene.

Rammeverket beskriver seks satsningsområder for perioden 2015-2018 som er definert på bakgrunn av innspill fra helseforetakene i regionen. Det er i 2015 iverksatt arbeid på to av satsningsområdene, *sikkerhet i sykehus* og *kompetanseheving i vernetjenesten*. Det er utarbeidet en veileder for sikkerhet i sykehus og en sikringsrisikoanalyse som beskriver hvordan arbeidet kan planlegges, organiseres og gjennomføres. I arbeidet med kompetanseheving i vernetjenesten er det nedsatt en arbeidsgruppe som skal utrede et regionalt opplæringsprogram for vernetjenesten. Opplæringsprogrammet vil vektlegge læring av beste praksis og erfaringsoverføring mellom helseforetakene. HMS-ledermøte og hovedverneombudene i regionen er involvert i arbeidet som vil bli ferdigstilt i løpet av våren 2016.

### **1.2.7 Meldekultur og avvikshåndtering**

#### **Meldekultur, oppfølging av uønskede hendelser og håndtering av avvik**

Helsetjenestens kvalitet skapes og måles i møtet med den enkelte pasient. Grunnlaget for god kvalitet er at medarbeidere og brukere på en systematisk måte engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid og at det er etablert holdninger, kultur og lederskap som understøtter dette. Et slikt engasjement er også vesentlig for at regjeringens mål om å utvikle pasientens helsetjeneste skal kunne bli virkelighet. Ledere skal bidra til utvikling av en lærende organisasjon og sikre trygge og forutsigbare tjenester gjennom blant annet å involvere brukere og medarbeidere i forbedrings- og utviklingsarbeid. Dette betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst skal bidra til åpenhet om feil og mangler i tjenesten slik at tiltak kan iverksettes og gjennomføres slik at tjenestene forbedres.

En god meldekultur gir godt grunnlag for å lære av uønskede hendelser og drive et systematisk forbedringsarbeid. Helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst skal bestå av åpne og lærende organisasjoner der god meldekultur og systematisk forbedringsarbeid medvirker til at pasienter, pårørende, ansatte og samfunnet for øvrig har tillit til at sykehuset setter pasienten i sentrum og er av høy kvalitet.

Antallet meldte uønskede hendelser i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 viser fortsatt en økning etter omlegging av meldeordningen til Kunnskapssenteret i 2012. Arbeidet med utvikling av en god meldekultur i sykehusene er primærårsak til dette. Dialog med pasienter og pårørende og bruk av analysegrupper ved særlig alvorlige hendelser, er tiltak i sykehusenes arbeid med å utvikle sitt interne forbedringsarbeid.

For alle typer uønskede hendelser som omfatter pasienter, ansatte eller virksomheten som helhet, må det arbeides systematisk med å videreutvikle god meldekultur, uavhengig av om hendelsen omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.

Rapporten “*Åpenhet om uønskede hendelser*” og retningslinjen “*Regional standard for publisering av uønskede hendelser*” utarbeidet i 2014/2015 skal ligge til grunn for sykehusenes publisering av uønskede hendelser til allmennheten. Det som publiseres er hendelser med systemårsaker, alvorlige pasienthendelser og hendelser med sammensatte årsaker. Omfanget av publiseringen ved det enkelte helseforetak reflekterer helseforetakets størrelse og prioriteringer.

Videre arbeid med å gjøre tilgjengelig beskrivelse av utfordringer og risiko vil bidra til arbeidet for bedre meldekultur og åpenhet for allmennheten. Sykehusenes samarbeid med lokale og eksterne parter som eksempel brukerutvalg, pasientombud, Statens helsetilsyn og Kunnskapssenteret, bidrar til kompetanse og utvikling som gir bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

### **Rapportering og oppfølging av avvik etter tilsyn**

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

### **1.2.8 Forskning og innovasjon**

I 2014 sto helseforetakene og de private ideelle sykehusene i Helse Sør-Øst for 62 prosent av helseforskningen i Norge. Ressursbruken til forskning i regionen var omtrent 2,1 milliarder kroner i 2014.

Fire femdel av ressursbruken til forskning finansieres gjennom helselinjen (Helse- og omsorgsdepartementet, regionalt helseforetak og helseforetak), hvorav en tredjedel ved regionale tildelingsmekanismer. De regionale forskningsmidlene består av det øremerkede forskningstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet, hvorav 50 millioner kroner for 2015 var avsatt til tverregionale kliniske helseforskningsprosjekter og midler fra det regionale helseforetakets eget budsjett. I 2015 var det 615 pågående forskningsprosjekter- og tiltak med basis i regionale midler. De fleste av prosjektene er flerårige.

De regionale helseforetakene har i samarbeid med Norges forskningsråd høsten 2014 utlyst, og i 2015 tildelt, midler til i alt 12 tverregionale, flerårige forskningsprosjekter med samlet ramme på 210 millioner kroner innenfor avsatte prioriterte fagområder.

Antall doktorgrader per år i regionen økte jevnt fram mot 2012-13 til et nivå på omtrent 200 per år. Det er sannsynlig at økningen flater ut de kommende år. Dette er blant annet en konsekvens

av relativt økt finansiering av forskningstiltak ut over doktorgradsnivå. Antall vitenskapelige publikasjoner har økt vedvarende også de siste årene. Det er lagt til rette for forskning ved alle helseforetak. I henhold til oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomføres det en egen nyttevurdering av prosjektene, i tillegg til kvalitetsvurdering ved søknad om regionale forskningsmidler.

De regionale helseforetakene har i fellesskap utarbeidet retningslinjer for brukermedvirkning i forskning. I Helse Sør-Øst er flere tiltak for å styrke brukermedvirkningen gjennomført ved helseforetakene. Det arbeides videre med å styrke brukermedvirkningen i forskningens ulike faser.

I Helse Sør-Øst har det vært nedlagt betydelig arbeid for å forbedre IKT-tjenestene for forskning i hele regionen, og fra 2016 vil forskning derfor være et eget program under *Digital fornying*. Styrket IKT-tilbud ansees som avgjørende for effektiv ressursbruk i forskningen.

Helseforetakene i regionen rapporterer om økende innovasjonsaktivitet på mange områder. De regionale midlene til forskningsbasert og brukerdreven innovasjon bidrar til å få fram gode prosjekter. Spesielt har tildelingen av midler til brukerdreven innovasjon bidratt til mobilisering av innovasjonsaktivitet ved sykehusene som ikke er universitetssykehus. Nytt i 2015 er tildelinger innenfor kategorien strategisk innovasjon, der utlysningen tar utgangspunkt i et tema av strategisk stor betydning for Helse Sør-Øst RHF. I årets to utlysninger var temaene hhv. reduksjon av ventetider og reduksjon av pasientskade.

### **1.2.9 Miljø, etikk og samfunnsansvar**

Alle helseforetak i regionen, med unntak av Oslo universitetssykehus, er sertifisert etter ISO-miljøstandarden 14001. Oslo universitetssykehus vil etter planen bli sertifisert i 2016. Helseforetakene arbeider etter nasjonale miljømål og det er særlig på innkjøpsiden arbeidet grundig med miljøkrav i alle foretak i 2015. Helseforetakene har i ulik grad implementert det felles antikorrupsjonsprogrammet som styret i Helse Sør-Øst vedtok i sak 094/2014. De fleste foretak har implementert deler av programmet, mens fire foretak planlegger å igangsette programmet i 2016.

### **1.2.10 IKT – fornyingsprogram, fornyingsstyret, mv**

Ved Oslo universitetssykehus er fase 2 av innføringsprosjekt for regional PAS/EPJ løsning gjennomført i henhold til forventet tidsplan og kostnad. Standard klientplattform og informasjonssikkerhet er nå innført ved de fleste helseforetak i regionen. Dette ferdigstilles medio 2016 med Oslo universitetssykehus som siste helseforetak.

I Sykehuset Østfold er regional pilot for gjennomgående kurve og helhetlig medikasjonstjeneste i en lukket sløyfe satt i drift. Det forventes å sikre avtalegrunnlag medio 2016 for videre regional implementering av elektronisk kurveløsning. Nytt regionalt IKT-system for generell laboratoriemedisin, mikrobiologi og patologi er også innført ved helseforetaket. Gjenstående leveranser og tilpasninger av IKT-løsningene er løftet over i et oppfølgingsprosjekt innenfor *Digital fornying*, “*Sykehuset Østfold HF - Program IKT-Fase 3*”, som gjennomføres i 2016.

I Sykehuset Innlandet nærmer det seg ferdigstillelse av innføring av nytt regionalt IKT-system for Radiologi (RIS/PACS). Produksjonssetting for den nye radiologi-løsning er, som en konsekvens av endringer i gjennomføringsplanen, forskjøvet til 2016.

En regional ERP-løsning er etablert ved Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Østfold. Det gjennomføres nå et forprosjekt ved Oslo universitetssykehus.

Fire helseforetak har fått eResept, og videre implementering i regionen ferdigstilles i 2016. Av andre løsninger nærmer det seg slutføring for innføring av pleie- og omsorgsmeldinger i regionen. Innføring av integrert og helhetlig adressering er gjennomført og løsning for interaktiv henvisning og rekvirering er etablert. Det gjennomføres også en pilot med nasjonal kjernejournal ved Akershus universitetssykehus. Det er utført et betydelig arbeid med tilgjengeliggjøring av tjenester både regionalt og nasjonalt knyttet til publikumsportaler som minjournal.no (en Helse Sør-Øst RHF-tjeneste) og helsenor.no.

Det er gjennomført en forstudie for modernisering og konsolidering av den totale IKT-infrastrukturen i regionen, inklusive driftskonsept, leveranseansvar, finansieringsmodeller og regime for vedlikehold og videreutvikling. Basert på dette er det startet en prosess for anskaffelse av et eventuelt strategisk partnerskap for IKT-infrastruktur-modernisering.

Gjennom *Digital fornying* vil Helse Sør-Øst RHF i perioden 2013-2016 investere for i underkant av 5,3 milliarder kroner og ha tilhørende driftsutgifter på 730 millioner kroner, totalt 5,9 milliarder kroner.

### **1.2.11 Nytt østfoldsykehus**

Sykehuset Østfold har gjennomført den største flytteoperasjonen i norsk helsevesens historie. Et helt nytt sykehus på Kalnes har blitt tatt i bruk etappevis. Mandag 2. november klokken 08.00 stanset akuttmottaket i Fredrikstad mottak av nye pasienter. Samtidig åpnet akuttmottaket på Kalnes for pasienter.

Daglig drift, rutiner og organisering vil tilpasses de muligheter som åpner seg med nytt sykehusbygg og nye teknologiske løsninger. Etter innflytting har Sykehuset Østfold beskrevet enkelte utfordringer knyttet til uventet stor pasientpågang, innarbeiding av nye rutiner og innkjøring av IKT-systemer (laboratedatasystem) og rørpost. Flere tiltak er iverksatt for å sikre god sortering av pasienter inn i akuttmottaket samt for å bedre pasientflyt internt.

Sykehuset Østfold har satt høye krav til IKT-utvikling, inkludert forsering av flere regionale løsninger. Dette gjelder særlig IKT-infrastruktur og kliniske applikasjoner innenfor kurve og medisiner. Innenfor disse områdene, samt nytt regionalt laboratorie-datasystem og nytt regionalt ERP-system, har Sykehuset Østfold vært pilot for nye regionale løsninger som deretter breddes videre i regionen i henhold til gjennomføringsplan for *Digital fornying* og rammer fastsatt i økonomisk langtidsplan. Samlede IKT-investeringer innenfor *Digital fornying* knyttet til det nye sykehuset i Østfoldsykehus beløper seg til 830 millioner kroner.

### **1.2.12 Beredskap og sikkerhet**

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

På bakgrunn av rapporten fra Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, dokument 3:2 (2014-2015), som ble lagt fram i november 2014, har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med helseforetakene styrket arbeidet for å redusere sårbarhet og risiko innen kritisk infrastruktur. Det ble stilt ytterligere krav om dette i oppdrag og bestilling til helseforetakene for 2015, og det er satt i gang et regionalt prosjekt for å utarbeide regionale metoder og praksisveiledere innenfor sikker drift og beredskap for kritisk infrastruktur. Målsettingen med



prosjektet er å etablere en gjennomgående metode og systematikk for ROS-analyser innen tekniske områder, slik at helseforetakene har systemer for risikoerkjennelse og for å håndtere risikoen i ordinær drift. Dette arbeidet videreføres i 2016.

De regionale helseforetakene overtok ansvaret for beredskapssikring av legemidler som brukes i spesialisthelsetjenesten fra 1. januar 2015. Det er arbeidet videre for å klargjøre utfordringsbilde og strategier for nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Rapport om dette ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2015. Helse Sør-Øst RHF arbeider videre med å klarlegge beredskapsmessige forhold både innen legemiddelberedskap og forsyning av medisinske forbruksvarer og utstyr.

I tilknytning til regional beredskapsplan pågår også et arbeid med et felles regionalt rammeverk for personellplanlegging. Dette omfatter en gjennomgang og vurdering av tiltak og rammebetingelser knyttet til bemanningsplanlegging, innleie, omdisponering av personell, arbeidstidsrammer mv. Det er en utfordring at helseforetakene hittil har hatt lite standardiserte rutiner for prioritering og iverksetting av tiltak. Dette både for forberedende tiltak og tiltak ved akutte krisesituasjoner. Forsvarets endrede rutiner for disponering av personell kompliserer også helseforetakenes beredskapsplanlegging. Det forventes at dette og andre forhold vedrørende sivilt-militært samarbeid konkretiseres gjennom samvirkekonseptet i regi av Helseberedskapsrådet.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet munnet ut i rapporten *Oversikt over risiko og sårbarhet i Helse- og omsorgssektoren* som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2015. Rapporten beskriver seks hendelser som kan utfordre kapasiteten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester og det angis hvilke tiltak som er pågående og nye tiltak som anbefales. Helse Sør-Øst RHF vil delta i den videre oppfølgingen av rapporten bl.a. inn mot revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

Beredskap øves på mange nivåer innen helseforetaksgruppen. Akuttpersonell øver rutinemessig Øvelse HarbourEx15 ble avviklet 27.-29. april 2015. Aktivitetene omfattet både fullskala øvelse og en strategisk diskusjonsøvelse. Det gjennomføres også en årlig øvelse blant topplederne med strategisk vinkling basert på overordnet planverk

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at de regionale helseforetakene og helseforetakene er omfattet av sikkerhetsloven. Helse Sør-Øst RHF oversendte egenerklæring om etablert sikkerhetsorganisasjon og rutiner for informasjonssikkerhet 1. juni 2015. Det arbeides videre i 2016 med tilsvarende oppfølging i helseforetakene.

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

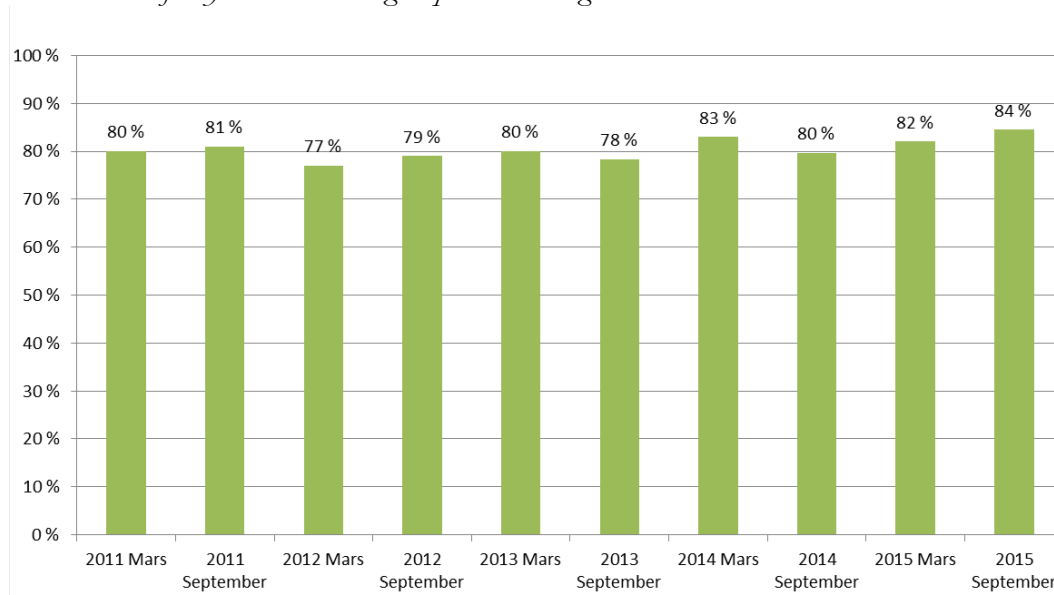
### **1.2.13 Befolkningens tillit til spesialisthelsetjenesten i regionen**

Andelen av innbyggerne i Helse Sør-Øst som er svært eller ganske godt fornøyd med sykehusstilbudet der de bor har økt signifikant gjennom 2015. Nå er mer enn 70 prosent av innbyggerne svært eller ganske godt fornøyd med sykehusstilbudet.

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

Tallene er hentet fra en undersøkelse som Helse Sør-Øst RHF gjennomfører to ganger i året. Til sammen er 4 900 personer over 18 år bosatt i Helse Sør-Øst intervjuet.

Figur: *Hvor stor tiltro har du til at du vil få den behandlingen du trenger hvis du skulle bli syk eller skadet og å behov for sykehusbehandling. Septermålingen 2015.*



### 1.3 Andre viktige saker for Helse Sør-Øst RHF

#### 1.3.1 Brukermedvirkning

Ambisjonen er at helseforetaksgruppen Helse Sør-Øst skal være et nasjonalt utstillingsvindu for brukermedvirkning.

Det er utviklet 13 prinsipper for hvordan brukermedvirkning på systemnivå skal ivaretas i Helse Sør-Øst. Disse omhandler:

- brukermedvirkningens grunnlag
- brukermedvirkning i drift og omstilling
- kompetanse og metoder for brukermedvirkning

De 13 prinsippene er retningsgivende for medvirkningen både på system- og tjenestenivå.

#### Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF

Brukerutvalget for Helse Sør-Øst RHF er et rådgivende organ for styret og administrasjonen. Det er et samarbeidsorgan som bl.a. skal bidra til at pasientenes behov skal være førende for tjenestenes innhold og struktur når beslutninger tas. Brukerutvalget skal formidle pasientene og de pårørendes individuelle og generaliserte erfaringer, og bruke disse kritisk, konstruktivt og framtidsrettet.

Brukerutvalget er oppnevnt av styret for Helse Sør-Øst RHF etter forslag fra brukerorganisasjonene Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Samarbeidsorganet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO),

Kreftforeningen og Pensjonistforbundet. Det er styrevedtatte kriterier for sammensetning slik at det blir representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og TSB, at ulike aldersgrupper er representert og det er representant med flerkulturell bakgrunn.

I henhold til brukerutvalgets mandat skal årsrapporten fra brukerutvalget innarbeides i Helse Sør-Østs årlige melding. Det skal videre framgå av oversendelsen av årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet at denne har vært forelagt brukerutvalget.

Brukerutvalgets årsrapport finnes på [www.helse-sorost.no/brukerutvalg](http://www.helse-sorost.no/brukerutvalg).

### **1.3.2 Medbestemmelse - Tillitsvalgte og verneombud**

Regionalt og ved de underliggende helseforetak legges til grunn Hovedavtalen, Arbeidsmiljøloven samt ”de 12 prinsipper for omstilling” som er etablert av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med de konserntillitsvalgte for de ansattes hovedorganisasjoner. Dette legger grunnlaget for samarbeidet med tillitsvalgte og verneombud, slik at ønsket medvirkning ivaretas. Medvirkningen utgjør et viktig og nyttig korrektiv/innspill til de vurderinger og beslutninger som skal treffes. Det er etter behov ved det enkelte helseforetak etablert supplerende retningslinjer (utfyllende rutiner) for gjennomføringen av samarbeidet.

### **1.3.3 Risikovurdering for foretaksgruppen**

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

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

Risikovurderingen for tredje tertial 2015 bygger på tidligere risikovurderinger for foretaksgruppen. For alle områder gjøres en vurdering av hva som er sannsynligheten for at foretaksgruppens mål og krav ikke vil bli oppfylt. Samtidig vurderes risikoområdene i forhold til hva som vil bli konsekvensen av at området ikke håndteres på en god nok måte. Vurderingene av sannsynlighet og konsekvens gjøres uavhengig av hverandre.

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

Helse Sør-Øst har i 2015 arbeidet spesielt med tilgjengelighet og pasientsikkerhet. Flere av risikoområdene er knyttet opp mot dette og risikobildet vil derfor være et viktig ledelsesmessig hjelpemiddel i dette arbeidet.

Generelt vurderes det foreliggende risikobildet etter tredje tertial 2015 slik at det ikke foreligger vesentlig økt risiko for redusert kvalitet eller pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst vil som helhet fortsatt kunne ivareta sitt ”sørge for”-ansvar på samme nivå som tidligere eller bedre. På tross av stor fremgang i 2015 er målene for ventetid og fristbrudd fortsatt ikke nådd.

Det er i tilknytning til risikovurderingen utarbeidet tiltak på regionalt nivå. Disse følges opp i 2016.

### Risikokart etter tredje tertial 2015

Risikokart etter tredje tertial 2015					
Sannsynlighet	5				
	4				
	3			2 5	4
	2			1 3 6	7 8
	1				
		1	2	3	4
		Konsekvens			

**Sannsynlighet**

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

**Farge**

Rød	Kritisk
Oransje	Høy
Gul	Moderat
Grønn	Lav

**Konsekvens**

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

- Risikoområder vurdert til lav risiko, rapporteres ikke.

Risikoområdene i tabellen	
1	Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd
2	Pasientsikkerhet og pasientadministrative rutiner/systemer
3	Arbeidsmiljø/HMS
4	Økonomisk handlingsrom
5	Fellestjenester, inkludert teknologi
6	Behandlingskapasitet, rekruttering og fagutvikling
7	Kapasitet ved Akershus universitetssykehus
8	Drift av nytt østfoldsykehus

#### 1.3.4 Intern revisjon

Styret i Helse Sør-Øst følger opp utvikling av god virksomhetsstyring gjennom intern styring og kontroll i linjestyrte aktiviteter. I tillegg ivaretas styrets tilsyn og kontrollrolle gjennom oppgaver lagt til styrets revisjonsutvalg og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF. Både revisjonsutvalg og intern revisjon er etablert i tråd med bestemmelsene i helseforetaksloven § 21a og § 37a, som er gjort gjeldende fra 1. januar 2013.

Revisjonsarbeidet tar utgangspunkt i relevante deler av lover og forskrifter samt styrende dokumenter og skal understøtte mål og krav fra eier som gjelder både pasientene og de ansatte i forhold til pasientsikkerhet og kvalitet samt godt arbeidsmiljø.

Samlet resultatet av konsernrevisjonens arbeid i 2015 ble fremlagt for styret i *Årsrapport 2015 fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF* i møte 17. desember 2015. Konsernrevisjonens årsrapport 2015 er tilgjengelig på [www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen](http://www.helse-sorost.no/konsernrevisjonen).

Pasientforløp har vært et hovedfokus for konsernrevisjonen også i 2015 gjennom revisjonen "Tilgjengelige helsetjenester". Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon både arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter, samt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet.

Konsernrevisjonen skal gjennom sitt arbeid bidra til å skape forbedringer i helseforetakenes system for styring og kontroll, samt bruk og etterlevelse av dette. Det betyr å bidra til at det i større grad enn tidligere forebygges for uønskede hendelser, feil og mangler, eller at disse avdekkes i tide og kan korrigeres. Det skal redusere behovet for "brannslukking" og "ryddeaktiviteter", og gjøre helseforetakene bedre i stand til å oppfylle de mål og krav som stilles.

I 2015 er arbeidet med å bidra til forbedring ytterligere forsterket ved at en av revisjonene som er startet opp undersøker hvordan helseforetakene har fulgt opp vedtatte handlingsplaner og sikret at tiltakene har gitt ønsket effekt. Dette gjelder både i de reviderte enhetene og om forbedringene overføres andre deler av helseforetaket eller regionen, og om det gir læring på tvers.

## 2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

### 2.1 Pasientens helsetjeneste

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

Gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter er redusert fra 72,7 dager i 2014 til 68,4 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 59,6 dager.

For somatikk er tilsvarende tall en reduksjon fra 74,4 dager i 2014 til 70,0 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 60,7 dager.

For VOP er det en liten reduksjon fra 49,5 dager i 2014 til 49,3 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 44,1 dager.

For BUP er det en liten reduksjon fra 49,9 dager i 2014 til 49,4 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 42,9 dager.

For TSB er det en reduksjon fra 61,1 dager i 2014 til 45,1 dager i 2015. I desember 2015 er ventetiden 35,2 dager.

- *Ingen fristbrudd.*

Andel fristbrudd for alle pasienter er redusert fra 6,3 prosent i 2014 til 5,3 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,0 prosent.

Andel fristbrudd for somatikk er redusert fra 6,8 prosent i 2014 til 5,7 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,1 prosent.

Andel fristbrudd for VOP er redusert fra 2,2 prosent i 2014 til 1,5 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 0,3 prosent.

Andel fristbrudd for BUP er redusert fra 2,5 prosent i 2014 til 1,8 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,1 prosent.

Andel fristbrudd for TSB er redusert fra 3,9 prosent i 2014 til 3,1 prosent i 2015. Andel fristbrudd var i desember 2015 på 1,6 prosent.

- *Etablert flere standardiserte pasientforløp iht. nasjonale retningslinjer.*

Helse Sør-Øst RHF har implementert 28 pakkeforløp i 2015 og er i implementering av pasientforløp for skadelig bruk av alkohol/alkoholisme, som vil pågå også i 2016.

- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.*

Andel nye pasienter i et definert kreftforløp var i Helse Sør-Øst på 73 prosent i 2015, ifølge tall fra Helsedirektoratet/NPR. Dette gjelder totalt for alle kreftforløpene som har blitt innført underveis i løpet av startåret 2015. Helse Sør-Øst ligger derfor innenfor målsetningen på minst 70 prosent. For de fire vanligste kreftformene (brystkreft, lungekreft, prostata- og ende/tykktarmskreft) er Helse Sør-Øst også over målsetningen på 70 prosent, med unntak av prostata som ligger så vidt under (69 prosent). Helse Sør-Øst har i stor grad lyktes med å definere pasienter med kreftmistanke inn i de ulike kreftforløpene. Foretakene i Helse Sør-Øst har vært godt forberedt på innføringen av pakkeforløp og har etablert gode rutiner. Etter hvert som opplæringen og rutinene er effektivt, er registreringskvaliteten gått opp utover i 2015. Det

har vært noen utfordringer knyttet til informasjonsutveksling når kreftpasienter mottar behandlinger fra ulike sykehus i behandlingsforløpet.

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.*

Andel pasienter som er behandlet innen standard forløpstid var i Helse Sør-Øst på 64 prosent (ifølge tall fra Helsedirektoratet/NPR) i 2015. Dette gjelder totalt for alle kreftforløpene som har blitt innført underveis i løpet av startåret 2015. Helse Sør-Øst ligger noe under målsetningen på minst 70 prosent andel. For de fire vanligste kreftformene er utfordringene knyttet til bryst- og prostatakreft. Her er andelen behandlet innen standard forløpstid lavere enn de andre kreftformene. I arbeidet med standardiserte forløp er det avdekket kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og kirurgisk behandling. Det er satt i gang tiltak både lokalt og regionalt som tar sikte på å forbedre dette. Det er for tidlig å si noe helhetlig om erfaringene med pakkeforløpene, men tilbakemeldingene så langt er at det fungerer godt for de pasientene som er omfattet av ordningene og at det fører til ryddighet og bedre pasientforløp. Resultatene skyldes også i stor grad engasjementet til forløpskoordinatorerne som er et viktig element i denne ordningen.

Helseforetak og sykehus følges per måned på måloppnåelse. For mange pasientgrupper er målet svært nær eller målet er nådd. For noen pasientgrupper vil det være behov for å arbeide videre med fjerning av flaskehals, samt forbedret koding utover i 2016. For prostatakreft, som er det området en ikke er i mål på, er det en utfordring med uttrekk av korrekte NPR data, samt at det er en sykdom som varer over flere år.

- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

Alle sykehus og helseforetak har opprettet forløpskoordinatorer. Avhengig av hvilken yrkesgruppe som er forløpskoordinator er det ulik myndighet og organisering. Helse Sør-Øst RHF følger opp dette overfor helseforetakene også i 2016.

- *Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.*

Det er planlagt etablering av diagnosesentre i alle helseforetak. Flere helseforetak er godt i gang med etablering av slike sentre. Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Vestre Viken har kommet lengst i etableringen. Arbeidet med å etablere diagnosesentre i alle helseforetak følges videre opp 2016.

- *Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.*

Det er etablerte flere prostatasentre i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus har etablert prostatasenter som er et sentralt element i pakkeforløpet for prostatakreft. Sykehuset Østfold har dialog vedrørende samarbeid med Oslo universitetssykehus.

Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Telemark og Vestre Viken har opprettet et felles prostatasenter; *Prostatakreftsenteret i Vestfold, Telemark og Vestre Viken*. Utredning og behandling av prostatakreft ved sykehusene i de tre helseforetakene blir gjort etter samme metode og prosedyrer. Sykehuset Innlandet har etablert prostatasenter i Hamar, i tett samarbeid med stråleenheten på Gjøvik. Sørlandet sykehus har etablert prostatasenter i Arendal.

Akershus universitetssykehus har ikke søkt om status som prostatasenter i Helse Sør-Øst, men driver virksomheten på lik linje med prostatasentre i regionen når det gjelder pakkeforløp, utredning, operativ behandling og tverrfaglige møter.

- *Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematiske forbedringsarbeid.*

Helse Sør-Øst RHF ønsker at pasienter skal kunne gi systematisk tilbakemelding om sine erfaringer med spesialisthelsetjenesten, at resultatene brukes i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet og at de publiseres på nett. Helse Sør-Øst RHF har stor oppmerksomhet på de nasjonale PasOpp undersøkelsene som i samarbeid med Kunnskapssenteret presenteres i ulike fora.

Helseforetakene/sykehusene i helseregionen foretar i tillegg til dette lokale brukerundersøkelser som er utviklet ut fra egne behov.

Hovedbildet er at undersøkelser gjennomføres, resultat offentliggjøres på hjemmesidene og følges opp. For å videreutvikle arbeidet med standardisering av pasienterfariingsundersøkelser inngikk Helse Sør-Øst RHF i juni 2015 avtale med Kunnskapssenteret om gjennomføring av PasOpp på lokalt nivå (avdeling/post) ved Akershus universitetssykehus og Vestre Viken og ytterligere utvidelse ved Lovisenberg Diakonale sykehus. Arbeidet bygger på erfaring fra Lovisenberg Diakonale sykehus fra tidligere år.

Med dette initiativet ønsker Helse Sør-Øst RHF og Kunnskapssenteret å bidra til standardisert og systematisk bruk av pasienterfariingsundersøkelser, samt øke kunnskap om sammenheng mellom pasienterfaringer og pasientsikkerhetskultur.

## **2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet**

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.*

De nasjonale kvalitetsregistrenes årsrapporter for 2014 (siste oppdaterte informasjon), viser at 16 av de 22 registrene Helse Sør-Øst RHF har ansvar for, har en dekningsgrad på institusjonsnivå på 90 prosent eller mer. Når det gjelder dekningsgraden på individnivå, er det større variasjoner. Flere av kvalitetsregistrene er fremdeles under omstilling/oppstart. Forklaringer som oppgis for mangelfull dekningsgrad er bl.a. at innregistreringsløsninger ikke er utviklet eller implementert, pasientpopulasjonen er ikke endelig definert, lovmessige hindringer og ressursbegrensninger. Innenfor mange av registrene arbeides det svært aktivt for å sikre en bedre dekningsgrad. Blant tiltak for å øke dekningsgraden nevnes besøksrunder til registrerende enheter, utvikling og distribusjon av veiledere, opplæring av registrarer, forankring hos linjeledere mv. Ett av registrene, Gastronet, påpeker at dobbeltregistrering og manglende tilrettelegging for integrering av kvalitetsregistrene i sykehusenes EPJ reduserer motivasjon for å registrere.

Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre har utarbeidet en oversikt, med status per mai 2015, over hvilke enheter som skal rapportere til hvilke nasjonale kvalitetsregistre. Oversikten viser, sammen med årlig melding fra helseforetakene og de private avtalesykehusene, at sykehusene i Helse Sør-Øst registrerer til de fleste relevante nasjonale kvalitetsregistre. Helseforetakene oppgir at det arbeides for å øke registreringene, men i flere tilfeller er det mangler knyttet til de nasjonale registrene som skal ta imot registreringene.

I 2015 er det arbeidet aktivt for at de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst skal ha høy datakvalitet, noe som er dokumentert i årsrapportene og gjennom arbeidet som er utført i det regionale servicemiljøet i Helse Sør-Øst. Det er gjennomført en rekke tiltak med god datakvalitet som målsetting, blant annet dekningsgradsanalyser mot Norsk Pasientregister, skolering av registrenes medarbeidere, intensivering av kontakt med registrerende enheter, oppgradering av registreringsskjemaer mm. Under ledelse av det regionale servicemiljøet pågår et nasjonalt dekningsgradsprosjekt, der registre med en utilfredsstillende dekningsgrad som ikke kan forklares



med mangelfull teknisk løsning, får bistand. Fra Helse Sør-Øst RHF deltar Norsk gynekologisk endoskopiregister og Norsk hjertestansregister.

For en systematisk gjennomgang av de nasjonale kvalitetsregistrene i Helse Sør-Øst med hensyn til departementets styringskrav for 2015, vises det til vedlegg 3 [Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst.](#)

- *Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.*

Åpenhet om uønskede hendelser er viktig for læring og forbedring, og det gir pasienter og publikum mulighet for å ha en realistisk forventning til helsetjenesten. Publisering av uønskede hendelser bør gjøres på en enhetlig måte og slik at hensynet til taushetsplikt, personvern og arbeidsmiljø blir ivaretatt. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en rapport og en regional standard (prosedyre) for åpenhet på nett og publisering av uønskede hendelser i regionens helseforetak og sykehus.

Data for 30 dagers overlevelse innhentes fra to ulike kilder. Kunnskapscenteret publiserer årlig 30 dagers diagnosespesifikk overlevelse for pasienter innlagt med hjerneslag, hjerteinfarkt og hoftebrudd. Ved siste publisering hadde ingen helseforetak i Helse Sør-Øst overlevelse for disse tilstandene som var signifikant avvikende fra landsgjennomsnitt. 30 dagers overlevelse for pasienter med hjerneslag var på regionalt nivå signifikant lavere enn landsgjennomsnittet. Det er nedsatt et midlertidig fagutvalg hjerneslag som skal evaluere organiseringen av hjerneslagsbehandlingen i Helse Sør-Øst og vurdere hvorvidt det er behov for å endre fag- og funksjonsfordeling for å bedre overlevelsen.

Variasjon i forbruksrater av dagkirurgiske prosedyrer som fremkom i oversikten publisert i *Norsk Helseatlas* har vært gjenstand for diskusjon i det regionale fagdirektørmøtet samt møte med de private leverandørene for å sikre harmonisering av operasjonsindikasjon. Basert på dette arbeidet er det iverksatt flere tiltak for å harmonisere indikasjon for kirurgi, særlig for kne og skulderartroskopi.

- *Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.*

Helse Sør-Øst RHF har arbeidet systematisk med oppfølging av krav om prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Utviklingen på dette området er fulgt opp gjennom året i oppfølgingsmøter med helseforetak og private ideelle sykehus. Målkravet er i tillegg tatt opp i andre aktuelle møtefora, slik som fagdirektørmøte, brukerutvalg og i møte med konserntillitsvalgte.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helse og omsorgsdepartementets arbeid for å avklare måleparametre, med sikte på iverksetting i 2016. Rapporteringen til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan målet skal oppnås ble oversendt i henhold til fristen (1. mars 2015).

De samlede aktivitetsparametrene innen TSB og psykisk helseverk viser høyere vekst enn innen somatikken. Innen TSB skyldes dette særlig det økte kjøpet av behandlingstilbud hos private avtaleparter i 2014, hvilket har fått full effekt i 2015.

Når det gjelder øvrige måleparametre; utvikling i kostnader, årsverk og ventetider er det mer krevende å påvise grad av måloppnåelse. Helse Sør-Øst RHF kan ikke vise til full måloppnåelse for disse parametrene.

- *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Departementet viser til brev av 24. november 2015 om medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern til de regionale helseforetakene. Vi ber det regionale helseforetaket rapportere på dette kravet i henhold til de fristene som er angitt i brevet.*

Helse Sør-Øst RHF laget egen plan som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen jf. krav i oppdragsdokument for 2015. Alle helseforetak/sykehus samt regionalt fagråd psykisk helsevern har fått oversendt planen for oppfølging. Planen er også oversendt de øvrige regionale helseforetakene. I henhold til planen vil det pågå viktig arbeid innen dette området de neste to årene. Fagrådet psykisk helsevern har fått et eget oppdrag om oppfølging i 2015/2016. Det arbeides systematisk med dette målkravet i alle helseforetak og private ideelle sykehus, men det er ingen som har etablert egne enheter for medisinfri behandling. Det pågår ulike typer utviklingsarbeid i helseforetakene/sykehusene. Arbeidet må fortsette i 2016.

Helseforetak/sykehus rapporterer at det legges stor vekt på ikke-medikamentell behandling bl.a. i form av kognitiv terapi og musikkterapi, men det er også oppmerksomhet på riktig bruk av medikamenter. Eksempler som beskrives er bl.a. etablert samarbeid om felles kompetanseløft i kognitiv terapi ved psykoser. Det beskrives videre eksempler på omfattende opplæring i kognitiv terapi for både døgnenhet og at FACT-teamene utdanner flere i kognitiv terapi, det samme gjør Rus og Psykiatri-team. I tillegg arbeides det i større grad med å bevisstgjøre behandlere om medikamentfrie behandlingstilbud for alvorlig psykisk lidelser, samt inkludering av brukerutvalget i utviklingsarbeid. Helse Sør-Øst RHF fikk på slutten av 2015 et tilleggsoppdrag som skal realiseres i 2016.

- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsykiatriske sentre.*

Ambulant virksomhet og arenaflexibelt arbeid er meget godt innarbeidet i alle helseforetak/sykehus. Leger og psykologer inngår i dette arbeidet og det er et utstrakt samarbeid med de nevnte tverretatlige instanser. Helse Sør-Øst RHF vektlegger ambulant virksomhet i egne plandokument og ser denne innsatsen også som viktig for å komme tidlig inn i et forløp, redusere bruk av tvang, øke pasientsikkerheten og redusere selvmordsfare.

Det fremgår av de årlige meldingene fra helseforetakene at man omstiller behandlingstilbudene for å øke de polikliniske og ambulante aktiviteten innen TSB. Det er i oppfølgingen av avtalepartene vektlagt betydningen av ambulant virksomhet og tett samarbeid med andre, noe som har ført til bedre oppmøte og færre brudd i behandlingen. Det ble i 2014 som et ledd i denne satsningen lagt inn betydelige ressurser til fire avtalepartnere innen TSB for å arbeide ambulant i forkant og etterkant av døgnbehandling.

Helse Sør-Øst RHF har i henhold til krav i oppdragsdokumentet for 2015 utarbeidet og oversendt Regional plan i Helse Sør-Øst "Hvordan sikre barn i barneverns-institusjoner tilstrekkelig utredning, hjelp og oppfølging". Planen beskriver bl.a. hvordan tjenesten til de mest sårbare og utsatte barna i barnevernets omsorg kan styrkes og inneholder tiltak som helseforetak/sykehus må arbeide med. Videre har Helse Sør-Øst RHF basert arbeidet på allerede etablerte samarbeidsstrukturer og regionale samarbeidsavtaler med henholdsvis BUF-etat Øst og BUF-etat Sør.

- *Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.*

Arbeidet som skulle starte i samarbeid med Helsedirektoratet med innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, er ikke ferdig i 2015. Arbeidet har startet i regi av Helsedirektoratet, men modellen med nasjonal kartlegging er foreløpig ikke innført. Alle helseforetak og sykehus arbeider like fullt aktivt med selvmordsforebygging i henhold til alle plandokument og faglige føringer.

- *Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.*

Andelen årsverk ved DPS var i 2014 på tilnærmet samme nivå som i 2013 (38 prosent). Målet om en øking i andelen kan derfor ikke sies å være oppfylt.

Dette målet har vært førende for tjenesteutviklingen i alle helseforetak/sykehus over flere år. Helse Sør-Øst RHF er på tross av at målet ikke er oppfylt ut fra tall for 2013 og 2014, tilfreds med omstillingen som har funnet sted samlet sett.

DPSene har særlig styrket egen lege- og psykologdekning og det er også en god fordeling mellom de ulike profesjonene. Kravene til økt aktivitet innen psykisk helsevern stilles primært til poliklinisk virksomhet, hvilket også bidrar til en vekst i årsverk ved DPS.

Samtidig pågår det ved DPSene en utvikling for å øke kompetanse, spesialistnivå og antall spesialister. Dette skjer bl.a. ved konvertering av årsverk med lavere kompetanse/utdanning (og lønn) til lege- og psykologspesialister. Dette er en ønsket utvikling for at DPSene skal være i stand til og fremstå som en kompetent og forsvarlig, desentral og kommunenær spesialisthelsetjeneste. Men det kan isolert redusere den relative økningen i årsverk ved DPSene ift psykisk helsevern ved sykehus og gjør at årsverk som måleparameter kan være mindre hensiktsmessig.

- *Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.*

Helse Sør-Øst RHF følger opp arbeidet med riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern. Den regionale planen "*Økt frivillighet*" er implementert og det arbeides systematisk med målene.

Helse Sør-Øst RHF vektlegger tall for bruk av tvang målt opp mot befolkning i eget opptaksområde som den viktigste indikator på utviklingen. Fem av helseforetakene har nådd målet om redusert bruk av tvang i 2015.

Arbeidet med å redusere bruk av tvang videreføres, men utfordres av det aktuelle sykdomsbildet. "Nye" rusmidler skaper også utfordringer. Helse Sør -Øst RHF vurderer likevel at egen regional plan fortsatt er godt egnet for videreføringen av arbeidet med å redusere tvangsbruken.

- *I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.*

Helse Sør-Øst RHF har i 2015 arbeidet med avtalene om studenthelsetjeneste. Det er mottatt søknader om tilskudd fra studentsamskipnader i flere fylker Det vil i 2016 bli gjort et videre arbeid med å vurdere omfanget og innretningen av tilbudet, samt Helse Sør-Øst RHF sitt økonomiske bidrag.

- *Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/ eller rusproblemer.*

Helseforetakene/sykehusene beskriver en betydelig økt innsats i 2015 for å sikre dette målet. Liaison-tjenester er godt etablert og det rapporteres om et stort antall utviklingsprosjekt i virksomhetene. Det er utarbeidet overordnede prosedyrer for:

- Overdose, mistanke om opioidoverdose (2015)
- Selvmord – kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko (2015)
- Prosedyrer knyttet til ECT

Det er etablert samarbeidsrutiner mellom somatikk og PHV & TSB for å sikre dette målet. Flere steder vurderes det som utfordrende å få dette til bl.a. som en følge av at rusmisbrukeres behov for somatiske tjenester i utgangspunktet burde vært ivaretatt på et lavere tjenestenivå.

Pasientforløp alkohol er under utarbeidelse for implementering i 1. halvår 2016. Her vil kartlegging av alkoholvaner hos innlagte pasienter i somatikk initieres. Samlet sett vurderer Helse Sør-Øst RHF måloppnåelsen som god, men innsatsen på området må fortsette.

- *Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.*

Tre helseforetak har etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og i barneavdeling. To av helseforetakene som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde har likevel avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingene. Dette er i form av sosialpediatriske team. Ett av helseforetakene har ikke hatt sosialpediatriske ressurser, men har opprettet en legestilling fra og med 1. januar 2016. To av helseforetakene har ikke opprettet sosialpediatriske ressurser og begrunner dette med ressursituasjonen. Helse Sør-Øst RHF vil følge de aktuelle helseforetakene slik at dette realiseres i 2016.

- *Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016.*

Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med aktuelle helseforetak forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016. De fleste helseforetak har valgt å overta ansvaret ved å videreføre allerede eksisterende overgrepsmottak i kommunene gjennom avtaler. Ett helseforetak overtar ansvar for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep ved å bygge opp en egen tjeneste for dette i eget helseforetak og ett helseforetak viderefører allerede eksisterende overgrepsmottak i helseforetaket.

- *Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.*

Abortsøkende kvinner kan henvende seg direkte til sykehusene og blir mottatt raskest mulig der. Informasjon om dette, samt kontaktinformasjon, ligger på sykehusenes nettsider. Helseforetakene har gitt informasjon til abortsøkende kvinner og tydeliggjort informasjonen der hvor det ikke har vært tydelig nok. Noen helseforetak har styrket tilbudet ved å opprette ekstra overlegestillinger og styrket ressursene i abortkomitèen. Helse Sør-Øst RHF vurderer at målet med styrket tilbud i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus er nådd.

## 2.3 Personell, utdanning og kompetanse

- *Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.*

Samarbeidsorganet mellom Helse Sør-Øst RHF, høyskolene og Universitet i Agder har i 2015 spesielt lagt vekt på hvordan helsesektoren og utdanningssektoren kan samarbeide tettere om forskning og innovasjon. I tillegg har samarbeidsorganet gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF's strategiske plan for kompetanseutvikling hvor fremtidige utdanningsbehov og utfordringene i forhold til praksisdelen av utdanningen er et sentralt tema. Dimensjonering av utdanningskapasitet og kvalitet i praksisstudier vil ha styrket oppmerksomhet i helseforetaksgruppen.

Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst RHF og Universitetet i Oslo arbeider for på overordnet nivå å styrke forskning, innovasjon og utdanning og bidra til strategisk samordning mellom spesialisthelsetjenesten og universitetet på disse områder.

- *Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, berunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.*

Helse Sør-Øst RHF følger opp foretakene på generelt grunnlag i månedlige møter. Når det gjelder målsetningen om å ha tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for leger i spesialisering, viser rapporteringene fortsatt vekst. Veksten i 2015 er på 3 prosent for LIS-stillinger. Dette dokumenterer at foretakene legger til rette for utdanningsstillinger. Det regionale helseforetaket har derfor ikke sett behov for å sette inn ytterligere tiltak for å nå denne målsetningen.

Stillingsgruppe fordeling utvidet (månedsværk)	Ahus	OUS	Sun	SiV	SI	ST	SØ	Ss	VV	SUM	Vekst antall pr. år	Vekst % pr. år
(3b) LIS-leger 2015	395	902	13	182	182	147	244	256	370	2 841	83	3,0 %
(3b) LIS-leger 2014	391	880	13	162	162	141	233	257	357	2 758	111	4,2 %
(3b) LIS-leger 2013	362	852	12	160	160	142	211	242	345	2 647	59	2,3 %
(3b) LIS-leger2012	356	849	13	154	154	136	198	228	337	2 589		

Det foretas likevel kompetansekartlegging og gjøres analyser for å vurdere om det er en riktig sammensetning av stillinger i forhold til utdanningskapasitet innen de ulike fagområdene. Det er utfordringer knyttet til utdanningskapasitet for enkelte spesialiteter. Dette gjelder både store og små spesialiteter. Spesialitetene nevnt nedenfor vurderes å ha størst utfordring innen utdanning de neste tre til fem år. Det er ikke korrigeret for den medisinske utviklingen i fagområdene, som kan påvirke kapasitetsutfordringen.

(10) Generell kirurgi: gastroenterologisk kirurgi
(13) Generell kirurgi: urologisk kirurgi
(37) Ortopedisk kirurgi
(17) Indremedisin (generell)
(21) Indremedisin: geriatrik
(45) Øre-nese-halssykdommer
(46) Øyesykdommer

Når det gjelder den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin, er utdanning etablert ved Oslo universitetssykehus. Dette helseforetaket fungerer nå som en ressursbase for de andre foretakene i arbeidet med å lage utdanningsplaner, godkjenne utdanningsenheter og etablere et fellesopplegg for deler av den obligatoriske undervisningen.

- *Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.*

Alle helseforetak har stor oppmerksomhet knyttet til veiledningsplikten og hvordan den kan brukes både i forhold til enkeltpasienter og til generell veiledning for å bidra til økt kompetanse i kommunene.

Alle helseforetakene har inngått tjenesteavtaler med sine kommuner knyttet til kompetanseutveksling og disse avtalene sees i sammenheng med dette oppdraget. Noen helseforetak har startet arbeidet med å utvikle en konkret strategi i samarbeid med kommuner/bydeler, mens andre rapporterer at de fortsetter arbeidet på de måter som allerede er innarbeidet. Det skjer for eksempel ved at det arbeides systematisk med pasientforløp fra hjem til hjem. Andre eksempler er gjensidige hospiteringsordninger, felles kursutvalg mellom sykehus og kommune, egne nettsider for kompetansedeling, ulike fagnettverk for sykepleiere, bruk av ambulante tjenester, bruk av elektroniske verktøy, samarbeid med utdanningsinstitusjoner og innhenting av informasjon om hverandres arbeidsformer og tilbud. Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen har i 2015 utviklet prosjektet «Gjensidig samarbeid om kompetanseutveksling basert på e-læring». Prosjektet har som mål å anbefale en modell for gjensidig kompetansedeling basert på e-læring, som kan sikre kvalitet, systematikk og effektivitet i delingsarbeidet. Det er utviklet forslag til en egen samarbeidsavtale i regionen og nye samarbeidsrutiner for deling av e-læringskurs mellom kommuner og sykehus. Prosjektet er planlagt implementert i løpet av første kvartal 2016.

- *Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.*

Oslo universitetssykehus har avtale med Nasjonalt folkehelseinstitutt. Dette omfatter både en samarbeidsavtale og en rekke underavtaler, blant annet innen radiologi og nevropatologi. Avtalene er innrettet for å regulere ytelser mellom partene, men gir også en ramme og arena for kontakt mellom det rettsmedisinske miljøet og beslektede miljøer i sykehuset. Som eksempel kan nevnes at sykehuset i avtalen om radiologiske tjenester har en gjensidig avtale på deltakelse i aktuelle fagmøter.

Akershus universitetssykehus rapporterer at avdeling for patologi samarbeider med politi, rettstoksikologi og rettspatologer ved Folkehelseinstituttet ved behov. Helseforetaket har ikke etablert formelt nettverk innen klinisk rettsmedisin. Dette vil bli vurdert i 2016. De øvrige helseforetakene i Helse Sør-Øst har ikke oppnådd målet om å etablere et kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin. Helse Sør-Øst RHF er ikke i mål med å etablere et kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin for alle helseforetakene i regionen. Måloppnåelsen kan bli bedre og Helse Sør-Øst RHF vil intensivere arbeidet overfor helseforetakene for å bedre måloppnåelsen.

## **2.4 Forskning og innovasjon**

- *Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.*

En rekke aktiviteter og tiltak som omfattes av anbefalingene i HelseOmsorg21-rapporten er allerede iverksatt i Helse Sør-Øst og er i samsvar med vedtatt regional strategi. Dette gjelder både forskning og innovasjon. Helse Omsorg21 anbefalingene har vært behandlet av Samarbeidsorganet med universitetet i Oslo og drøftet på eget tematisk internseminar. Dialog mellom de regionale helseforetakene er etablert gjennom deres strategigruppe for forskning. Evt. regional koordinering av nye spesifikke tiltak etter HO21-rapporten vil skje med utgangspunkt i

regjeringens handlingsplan for HO21 og anbefalinger fra HO21-rådet. Det vises ellers til samarbeidet mellom de regionale helseforetakene om brukermedvirkning i forskning (se under).

- *Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.*

For å fremme før-kommersielle anskaffelser har Helse Sør-Øst RHF engasjert seg som partner i Nasjonalt Program for Leverandørutvikling, administrert av NHO, KS og Difi. Helse Sør-Øst RHF deltar videre i "Team innovative offentlige anskaffelser" som er tilknyttet Leverandørutviklingsprogrammet.

Helse Sør-Øst RHF har også tatt direkte initiativ overfor prosjektledelsen for hhv. nytt sykehus i Drammen og nybygg i Tønsberg. I begge prosjektene har Helse Sør-Øst RHF fått bistand fra Leverandørutviklingsprogrammet for kartlegging av behov og dialog med potensielle leverandører av innovative løsninger. Begge prosjektene følges nå aktivt opp av Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Leverandørutviklingsprogrammet.

Helse Sør-Øst RHF arrangerte et inspirasjonsseminar for innkjøpsavdelingen i Sykehuspartner med tema *Innovative anskaffelser*. Helse Sør-Øst RHF deltok som partner i det nordiske prosjektet – *Nordic PPI Net – Innovative Public Procurement in the Nordic Health Sector* – finansiert av Nordic Innovation. I prosjektet, som ble avsluttet i 2015, hadde Helse Sør-Øst RHF - i samarbeid med Oslo Medtech - ansvaret for delprosjektene *Overview of existing analyses and existing projects within innovative procurement* og *Knowledge sharing within innovative procurement (PCP/PPI)*.

- *Infrastruktur, utprøvingenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.* Oslo universitetssykehus har egne utprøvingenheter for kliniske studier og/eller medisinsk utstyr. Både ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus er dedikerte støttefunksjoner for kliniske studier bygget opp, blant annet finansiert med basis i regionale forskningsmidler. Samarbeidet med Inven2 er styrket, også ved bruk av regionale insentivmidler. Omfanget av kliniske studier i regionen har økt og dette tilskrives den økte satsingen på slike studier.
- *For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nyttetvurderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.*

De regionale helseforetakene har i fellesskap og under ledelse fra Helse Nord RHF utarbeidet felles retningslinjer med forslag om tiltak for alle regionale helseforetak. Dette er styrebehandlet i samtlige regioner og tiltak for å styrke brukermedvirkningen er under implementering i helseforetakene. Temaet har også vært behandlet i regionale forskningsfora. Helse Sør-Øst RHF implementerte et eget system for nytteevaluering ved søknad om regionale forskningsmidler i 2014 og har i 2015 videreutviklet dette. Det pågår nå et eget arbeid mellom de regionale helseforetakene for å utvikle felles opplegg for nytteevaluering av prosjekter som søker om regionale forskningsmidler.

- *Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, berunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.*

Det er i 2015 påbegynt en evaluering av eksisterende nasjonale forskningsnettverk i regi av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten (NSG). Det er enighet

mellom de regionale helseforetakene om å avvente resultatet av denne evalueringen (første halvår 2016) før nye nasjonale nettverk etableres.



### 3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015

#### 3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

- *De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: "Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning, IS-2129."*

Helseforetakene i Helse Sør-Øst har i 2015 hatt flere blodgivere enn tidligere år. Det er arbeidet med tiltak for å rekruttere, samt beholde eksisterende blodgivere. Ulike tiltak er iverksatt som understøttes av Helsedirektoratets rapport. Helseforetakene gjør større bruk av sosiale medier, med vekt på synlighet i mediene og på offentlige og private arrangement. Det legges også til rette for mer og bedre tilgjengelighet for blodprøvetaking. Bl.a. tilrettelegges det for å yte god service til blodgivere, som er en viktig kilde til rekruttering av nye blodgivere.

#### 3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser

- *De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at Helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.*

Helse Sør-Øst RHF involverer representanter for kommunesektoren i prosjekter av prinsipiell og overordnet karakter. Eksempler på dette er arbeid med kapasitetsvurderinger og anskaffelse av tjenester innenfor rehabiliteringsfeltet. Det avholdes møter mellom politisk ledelse/rådmenn i enkeltkommuner/sammenslutninger av kommuner og det regionale helseforetaket i samråd/samarbeid med helseforetakene.

Helse Sør- Øst RHF har i tillegg inngått egne samarbeidsavtaler med KS i regionen og med Oslo kommune, som understreker betydningen av samarbeid og involvering på alle nivåer. Det gjennomføres en fast møtестruktur og det er etablert et arbeidsutvalg bestående av direktør samhandling i Helse Sør-Øst RHF og KS` regiondirektør i Agder, som løpende avklarer behovet for involvering i ulike saker på RHF nivå.

Det gjennomføres halvårlige dialogmøter/kontaktmøter mellom Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen. Styreleder og administrerende direktør med stab og relevante helseforetak, ansatte og brukere møter ledere for rådmannsutvalgene, fylkesstyrene (ordførere) og de ansatte regiondirektørene.

Møtene benyttes i hovedsak til å drøfte saker av betydning for hele regionen, herunder kompetanseutveksling, oppgavedeling innenfor relevante områder og samarbeid om utviklingsplaner, kapasitetsvurderinger mv. Det er etablert samarbeidsprosjekter knyttet til å fremskaffe relevant styringsinformasjonen (samhandlingsportal) og utvikling av et systematisk samarbeid om kompetanse basert på E-læring.

Det gjennomføres årlig to til fire kontaktmøter mellom Oslo kommune (kommunaldirektør for helse og velferd) og Helse Sør-Øst RHF (administrerende direktør). Helseforetakene/sykehusene deltar i disse møtene etter behov. I tillegg avholdes et utvidet kontaktmøte minst 1 gang i året der styreleder og administrerende direktør møter politisk ledelse i Oslo kommune.

Det gjennomføres også et årlig stormøte der ledere av relevante etater og bydeler i Oslo kommune og ledelsen i det regionale helseforetaket samt ledelsen på de fem oslopsykehusene,

inklusive Sunnaas sykehus, inviteres. Temaene er av overordnet strategisk karakter. Kapasitet i hovedstadsområdet har vært hovedtema ved de to siste møtene.

I alle planprosesser av et visst omfang er det tett dialog med lokale representanter, både i form av møter, men også gjennom høringer. Dette skjer bl.a. i forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Det finnes flere gode eksempler på dette, bl.a. i Sykehuset Innlandet, Sykehuset Østfold og Sørlandet sykehus.

Innenfor samhandlingsreformen arbeider Helse Sør-Øst RHF sammen med samhandlingssjefene i de ulike helseforetakene med å konkretisere målene i reformen. Helse Sør-Øst RHF deltar i nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen og har dialogmøter med KS i regionen. Målet er å dele erfaringer og sammen finne fram til gode og effektive eksempler som understøtter reformens mål. Det arbeides også med en statusrapport for samhandling som skal vise hva som er gjort fram til nå.

Innenfor helseforetaksgruppen er det også etablert nettløsninger som legger til rette for helseforetakenes kommunikasjon med omverdenen om aktuelle prosesser, styrebeslutninger mv. alle helseforetak har utviklet stor åpenhet i styremøter, offentliggjøring av styresaker mv.

### 3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser

- *Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører. Vi viser til krav i foretaksmøte i januar 2013, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser. Samfunnskontrakten er inngått mellom partene i arbeidslivet og har til hensikt å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Regjeringen har etter dette utarbeidet en strategi for å få flere lærlinger i staten, og et viktig tiltak i denne sammenheng er at alle statlige virksomheter skal knytte til seg minst én lærling. Vi forutsetter at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.*

Helse Sør-Øst RHF arbeider i tråd med Regjeringens strategi. Styringskravet er derfor videreført i oppdrags- og bestillingsdokumentene til alle underliggende helseforetak unntatt Sykehusapotekene, som ikke har fag under lærlingeordningen.

Alle de aktuelle helseforetakene, inklusive Sykehuspartner, har det siste året rekruttert egne lærlinger på aktuelle fagområder. Nye lærekontrakter etableres fortløpende. I tillegg kommer samarbeid med kommuner og fylkeskommuner om gjennomføring av kontrakter i kommunal regi.

Sykehusene har i hovedsak lærlinger innen helsefag, ambulanse og tekniske fag (byggfag, elektrofag). De har også lærlinger innen kontorfag, kokkefag, og renhold. Det har skjedd en betydelig økning i antall egne lærlinger de siste årene:

Helse Sør-Øst	2011	2012	2013	2014	Utvikling 2011-2014
Samlet antall lærlinger	214	280	323	346	+ 109

Per september 2015 var det registrert til sammen 365 lærlinger i HR-systemet. Ved særskilt innrapportering på fag samme måned ble det følgende fordeling registrert

Helse Sør-Øst september 2015	Antall lære plasser	Herav ambulansesfag	Herav helsefag	Andre fag (samlet)
Registrert på fag	342	223	95	24

Differansen mellom lærlinger registrert i HR-systemet (365) og antall innrapporterte plasser (342) har sammenheng med etterslep i registreringen av avsluttede og nye kontrakter og spesifisering på fagområder.

Antall lærlinger er i hovedsak tilpasset behovene slik de konkretiseres i dag. Behovene vil imidlertid endre seg i årene fremover. Dette både som følge av økende etterspørsel etter helsepersonell, nye investeringsbehov og faglig/medisinsk samt teknisk utvikling mv. Nye tiltak for å øke rekrutteringen på prioriterte områder er derfor regelmessig tema på aktuelle fellesarenaer, herunder regionale HR-direktørmøter og møter i det interregionale nettverket for utdanning og kompetanse.

## 4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

### 4.1 Krav og rammer for 2015

- *Styring og oppfølging – gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene*

Det regionale foretaket har i møter med styreledere i helseforetakene og i oppfølgingsmøter med helseforetakets ledelse fulgt kvalitetsindikatorerne gjennom året og presentert tall for alle helseforetak for å kunne sammenlikne resultater, inkludert tall ned på de enkelte fagområder / medisinske spesialiteter. De samme kvalitetsmål har vært benyttet regelmessig i rapporter til styret i det regionale foretaket gjennom rapportering samt analyser og benchmarking.

Det har gjennom 2015 vært et prioritert mål at pasienter ikke skal oppleve fristbrudd og en gjennomsnittlig ventetid for avviklede på 65 dager. Dette har vært fulgt i månedsrapporter gjennom hele året til styrene sammen med resultater for indikatorer knyttet til korrekt oppfølging av det pasientadministrative system. Det har også vært viktig å for styrene å følge aktivitetstall innen psykisk helsevern og TSB samt data for implementering av pakkeforløpene for kreft.

30 dagers overlevelse data fra alle helseforetak i Helse Sør-Øst har vært brukt til forbedringsprosjekter og det registreres at antall helseforetak med signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnitt er redusert. 30 dagers overlevelse for pasienter med hjerneslag er signifikant lavere i Helse Sør-Øst enn resten av landet, på denne bakgrunn er det etablert et midlertidig fagutvalg som skal vurdere organisering og innhold av tjenestene. Arbeidet forventes å resultere i en styresak i Helse Sør-Øst som beskriver tiltak for å bedre kvalitet på behandling av pasienter med hjerneslag

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst med akuttfunksjon har tegnet medlemskap i *Dr Fosters Global Comparator Program*. Dette gir tilgang på et web-basert dashboard med sykehusdødelighet, gjennomsnittlig liggetid, reinnleggelsesrate samt forekomst av komplikasjoner for en rekke diagnoser og prosedyrer basert på NPR-data. Ved hjelp av dette verktøyet kan man følge utvikling i eget foretak og sammenligne foretakets data med andre sykehus i Helse Sør-Øst samt andre sykehus i utlandet som er medlemmer i *Dr Fosters Global Comparator Program* for 2016 vil dette også kunne danne grunnlag for å gi styrene i foretaksgruppen et godt grunnlag for å vurdere kvalitet innen ulike sykdomsgrupper.

- *Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet*

Helse Sør-Øst RHF har en omfattende og bred tilnærming til arbeidet med reduksjon av variasjoner i ventetider og effektivitet mellom sykehusene. Styringsoppdraget ble fulgt opp med konkrete tiltak i egen plan, utarbeidet av hvert enkelt helseforetak/sykehus. En regional tiltaksplan ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i april 2015. Etter tilleggsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ble det levert en særskilt plan 21. mai 2015 med månedlige prognoser for fristbruddutviklingen 2015, både for hvert enkelt helseforetak/sykehus og samlet for regionen. Disse planene og prognosene har ligget til grunn for den regionale og lokale oppfølgingen gjennom 2015. Helse Sør-Øst RHF intensiverte i starten av 2015 bistanden til helseforetakenes og sykehusenes arbeid med å redusere ventetider og unngå fristbrudd ved bl.a. å etablere tilgjengelighetsprosjektet med fire delprosjekter/innsatsområder:

- Analyser og benchmarking
- Effektivitet i poliklinikkene
- Langtidsventende
- Opplæring og erfaringsoverføring

Fra 2015 ble arbeidet med “*Glemt av sykehuset*” tatt inn i “*Tilgjengelighetsprosjektet*”, med forsterket oppmerksomhet på å innarbeide gode pasientadministrative rutiner. Arbeidet har utover 2015 vist tydeligere og bedre resultater. Tallene per desember og samlet for hele året bekrefter fremgangen. Sammenligning av nivåene for noen sentrale indikatorer målt pr. 31. desember 2014 og 2015 viser:

- Den polikliniske aktiviteten er vesentlig høyere:
  - Samlet har antall polikliniske konsultasjoner økt med 195 000 (+4,9 prosent).
  - Herav er økningen innen somatikk på drøyt 107 000 konsultasjoner (+4,0 prosent).
- Færre pasienter som venter:
  - Antall ventende er nå 120 677 mot 145 492 ved forrige årsskifte.
  - Antall som venter er dermed redusert med 24 815 pasienter (-17,1 prosent).
- Ventetidene er redusert:
  - Ventetiden for avviklede pasienter (pasienter som har fått helsehjelpen påstartet) er ni dager kortere (på årsbasis fem dager kortere).
  - Ventetiden for ventende pasienter er 31 dager kortere (på årsbasis 17 dager kortere)
- Lavere antall og andel fristbrudd:
  - Fristbrudd for avviklede pasienter (pasienter som har fått helsehjelpen påstartet) er redusert fra 1 206 til 380, tilsvarende at andelen er redusert fra 4,9 prosent til 1,0 prosent.
  - Fristbrudd for ventende pasienter er redusert fra 2 831 til 526, tilsvarende at andelen er redusert fra 11,5 prosent til 1,4 prosent.

Fremgangen er et resultat av planmessig arbeid på alle helseforetakene og sykehusene med god ledelsesmessig oppfølging, støttet med god bistand fra Kontoret for fritt sykehusvalg, regionalt innsatsteam og særskilt innsats innen noen fagområder. Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet og pakkeforløp følges dette spesielt opp. I tillegg har man faglige arenaer og erfaringsutveksling der dette blir ivaretatt.

Det utarbeidet en ROS-analyse knyttet til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven. På bakgrunn av denne er det utarbeidet en egen veiledningsrapport om lovendringene og konsekvenser for arbeidsprosesser i DIPS. ROS-analyse har også resultert i liste over endringsbehov i det elektroniske systemet som er håndtert via systemeier. Det er avholdt jevnlig arbeidsmøter de siste år for å forberede implementering av lovendringer, herunder avklaringer, endringsbehov, rutinebeskrivelser, utarbeidelse av ovennevnte rapport mm. Arbeidet har gitt god effekt, og helseforetakene rapporterer om at det er gjennomført en rekke opplæringstiltak og at veiledningsmaterieil er gjort kjent og tatt i bruk, noe som bl.a. vises gjennom kort vurderingstid og klar nedgang i antall fristbrudd. Det har vært arrangert samarbeidsmøter (regionale PKO-møter) mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å gjøre kjent reviderte prioriteringsveiledere, hvor også gode erfaringer med samhandling mellom fastleger og helseforetak samt forbedringsområder har vært diskutert.

Til tross for mye bra målrettet arbeid og bedring innen flere områder, historisk korte ventetider samtidig som flere pasienter får utredning og behandling, er ikke nasjonale mål nådd, eksempelvis gjennomsnitt ventetid og fristbrudd. Det har derfor vært behov for ytterligere innsats og en tettere oppfølging av helseforetakene gjennom året. Nye tiltak og virkemidler er vurdert for å understøtte en bedre måloppnåelse, herunder å bedre kapasitetsutnyttelse og tilføre kapasitet i eget helseforetak, utnytte kapasitet på tvers av helseforetak samt bruke private ideelle eller private leverandører. I hele regionen har det pågått et omfattende arbeid for å bedre tilgjengeligheten. Gjennom regionalt arbeid med bedre organisering og drift av poliklinikkene har målet vært ytterligere å redusere ventetider og fjerne fristbruddene. Det vises og til eget oppdrag i revidert

oppdragsdokument og rapportering ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 15. november i samarbeid med øvrige regionale helseforetak. Oppdraget er videreført i en ytterligere konkretisert form i styringsbudskapene for 2016 fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene. Vedrørende faglige retningslinjer og standardiserte pasientforløp vises til egen rapportering angående standardiserte pasientforløp samt kreft-/pakkeforløp.

- *Samarbeid med private aktører*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i arbeidet med planlegging av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter. Det har vært nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe med deltakelse fra Helse Sør-Øst RHF, som har sett på planlegging av en pilot på området. Helsedirektoratet skal utarbeide en rapport om pilotprosjektet basert på arbeidsgruppens vurderinger. Helse Sør-Øst RHF arbeider med å finne kandidater (helseforetak og avtalespesialister) til pilotprosjekt for utdanning av legespesialister i avtalepraksis, Takstbruken i ordningen er hjemlet i en egen forskrift for forsøksordning, som går ut 30. april 2017. Det er behov for en snarlig forlengelse av forskriftens varighet for å få en tidshorison for nye pilotprosjekter, som gjør det meningsfylt å starte.

- *Øvrige tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester*

Oppdraget til Helse Sør-Øst RHF omfatter egne helseforetak, men også de private ideelle sykehusene er invitert til å delta i arbeidet. Implementeringsstrategien for KPP (kostnad per pasient) i Helse Sør-Øst ble utarbeidet høsten 2014. Strategien er inndelt i tre trinn der laveste nivå er godkjent leveranse til kostnadsvekstarbeidet og en viss styringsverdi. Alle helseforetak skal som minimum nå dette nivået innen 1. januar 2017, og allerede nå er fire helseforetak på dette eller et høyere nivå. Alle helseforetak har ved utgangen av 2015 etablert lokale KPP-prosjekt og behandlet lokal KPP-strategi i respektive ledergrupper.

Helse Sør-Øst RHF leverte sin plan for innføring av KPP innen fastsatt frist.

- *Økonomiske resultatkrav*

Foreløpige tall for 2015 viser et positivt resultat på 932,8 millioner kroner [Beløpet oppdateres før oversending til HOD]. Endelig resultat for 2015 vil først foreligge i forbindelse med avslutningen av årsregnskapet. Foreløpig resultat er 252,4 millioner kroner bedre enn budsjettet for 2015.

Flertallet av helseforetakene har positive resultater i 2015. Helseforetakene i hovedstadsområdet viser en positiv utvikling, med unntak av Akershus universitetssykehus som fortsatt har noen utfordringer med å få varig kontroll på driftsøkonomien, men som viser fremgang fra 2014. I november 2015 ble det nye sykehuset i Østfold åpnet. Flyttekostnader og utfordringer knyttet til oppstart i nytt bygg har medført betydelige merkostnader ved Sykehuset Østfold. Samlet for foretaksgruppen er det et tilfredsstillende resultat for 2015.

#### *Bærekraftig utvikling*

Foretaksgruppens årsresultat for 2015 er bedre enn budsjett, og dette bidrar til å styrke økonomisk bæreevne fremover. Helse Sør-Øst RHF utarbeider hvert år økonomiske langtidspaner hvor formålet er å sikre at foretaksgruppen skal ha tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til drift og planlagte investeringer. Planleggingsarbeidet innebærer blant annet å prioritere mellom investeringsprosjekter og fordele investeringsprosjekter over tid slik at foretaksgruppen til enhver tid skal ha økonomisk bæreevne. Det stilles krav til økonomisk bæreevne for enkeltprosjekter. Helseforetak som har gjennomført store bygningsprosjekter har utfordringer med å realisere planlagte økonomiske resultater, men det arbeides løpende med å identifisere konkrete tiltak for å bedre situasjonen.

Foretaksgruppen har utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelige midler for å kunne gjennomføre standardisering av IKT i ønsket takt, samt å få prioritert vedlikehold av bygningsmasse i tråd med gjeldende eiendomsstrategi. Videre er gjennomsnittlig alder på medisinsk teknisk utstyr fortsatt for høy. Samlet medfører dette fortsatt et behov for å styrke foretaksgruppens resultatutvikling.

- *Investeringer*

#### *Sykehusbygg HF*

I arbeidet med å sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg har Sykehusbygg HF arbeidet planmessig på flere områder bl.a. med erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter. Det er etablert et prosjekt med en referansegruppe med medlemmer fra helseforetak og rådgivermiljøene. Prosjektet har i 2015 hovedsakelig arbeidet med standardisering av planprosessen.

Det er nær sammenheng og koordinering mellom dette prosjektet og prosjektene Sykehusbygg HF har igangsatt innen erfaringsoverføring/evaluering, revidering av veileder for tidligfaseplanlegging og utvikling av framskrivningsmodellen.

Når det gjelder erfaringsoverføring gjennomførte Sykehusbygg HF i september en erfaringskonferanse for helseforetak og rådgivere, hvor en bl.a. tok opp erfaringer med tidligfaseplanlegging, veileder, dimensjonering, valg av konsepter, forholdet mellom bygg og virksomhet og entrepriserformer. Det ble med utgangspunkt i konferansen etablert et prosjekt med en referansegruppe som har hatt to møter og som drøfter relevante områder for erfaringsutveksling og evaluering.

Sykehusbygg HF-konferansen, som Sykehusbygg HF inviterte til i november 2015, hadde 240 deltakere og var en del av det samlede arbeid med standardisering, erfaringsoverføring og evaluering. Hovedtematikken på konferansen gjenspeilte dette.

For å sikre større oppmerksomhet på standardisering, erfaringsoverføring/evaluering er det videre etablert samarbeid med NTNU, Chalmers i Göteborg, Danske Regioner, European Health Design, TNO og EuHpn (EU-nettverket). I de pågående prosjektene til Sykehusbygg HF er det satt i gang samarbeid mellom likeartede prosjekter, for eksempel:

- Prosjekter for sykehuspsykiatri for voksne (Sørlandet/PSA, St. Olavs Hospital/Østmarka, Helse Fonna, Helse Førde, Vestre Viken, NØS, Tønsberg-prosjektet)
- Bruk av framskrivningsmodellen (Telemark, Innlandet, UNN, Stavanger)
- Planlegging av LMS/DMS (Alta, Brønnøysund, Kristiansund)
- Nye PET-sentra og syklotroner for produksjon av radiofarmaka

Sykehusbygg HF har etablert et eget prosjekt der målet er å overta databasen og support fra og med første januar 2017. I fjerde kvartal 2015 ble det etablert kontakt med helseforetakene og oppdatert status for registrerte areal, samt etablert brukerforum. Rapport utarbeides januar 2016.

Videre utvikling av framskrivningsmodellen er etablert som et utviklingsprosjekt med en referansegruppe med deltakere fra helseforetak. Dette er styrket ved at Sykehusbygg HF har fått konsesjon på aktivitetsdata fra NPR for hele Norge og kan gjennomføre analyser og videreutvikle modellen. Det legges vekt på utvikling av framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og rus, på kobling mellom pasientforløp og framskrivning, beskrivelse av scenarier og følsomhetsanalyser for beregning av dimensjonering. Det vil være fokus videre på sammenhengen mellom kapasitet,

struktur og bemanning/organisering. Forholdet mellom forutsetning i bygg og konsekvenser for framtidig drift er viktig.

Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter er etablert som et prosjekt. Denne oppgaven er både rettet mot revidering av dagens veileder og i tillegg videreutvikling av planprosessen der et utbyggingsprosjekts totale «divsløp» sees i en sammenheng. Det er startet en prosess som knytter veileder for tidligfaseplanlegging til standardisering av planprosesser, utvikling av styringssystemer og digitalisering. Det er behov for å utvikle veiledere for OTP, IKT, brukermedvirkning og en formveileder.

Evaluering av sykehusprosjekter er samordnet med prosjektet for erfaringsoverføring og skal gi input til standardisering.

I arbeidet med oppgradering av helikopterlandingsplasser ved sykehus, forankret i Justis- og beredskapsdepartementets anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre (NAWSARH), er det identifisert åtte helikopterlandingsplasser der Sea King-helikoptere lander i dag som anbefales oppgradert for nytt redningshelikopter av typen AgustaWestland AW101. Helikopterlandingsplassene er utredet i egen rapport fra Sykehusbygg HF, datert 1. september 2015, med anbefalt teknisk løsning og kostnadskalkyle. Et viktig forbehold i rapporten er at effekt av rotorvind fra nytt redningshelikopter, og konsekvens for sikkerhet mot omgivelser, må avklares før prosjektene igangsettes. Alle prosjekter er satt på hold til effekt av rotorvind er avklart. For landingsplasser ved sykehus som betjenes fra Sola og Ørlandet, bør dimensjonerende forhold rundt rotorvind være avklart innen 2016, slik at det er tilstrekkelig tid til å oppgradere disse innen det nye redningshelikopteret settes i drift, hhv mars 2018 fra Sola og oktober 2018 fra Ørlandet.

Ordringen med ekstern kvalitetssikring er evaluert. Rapporten ligger til grunn for en anskaffelse som ble sendt ut i oktober. Utlysingen omfatter kvalitetssikring av både konseptfaser og utviklingsplaner. Frist for tilbud var 22. desember 2015. Sykehusbygg HF forventer å inngå kontrakter i løpet av første kvartal 2016.

#### *Oljefyring*

Helseforetakene er gitt oppdraget med utfasing av fossil olje innen 2018. Det er gjennomført en kartlegging av gjenværende anlegg i per 2015, som viser at det er liten andel som er basert på oljefyring som primærkilde. Dette arbeidet følges opp i 2016.

#### • *Lån til investeringer*

Nytt østfoldsykehus er ferdig bygget og overlevert til Sykehuset Østfold, som åpnet sykehuset i henhold til planene 2. november. Prosjektet er ferdigstilt innenfor økonomisk styringsmål. Tønsbergprosjektet er i gang med forprosjektet, i henhold til planlagt fremdrift.

Helse Sør-Øst RHF fikk i 2015 tildelt og utbetalt 184,1 millioner kroner i lån, med henholdsvis 114,1 millioner kroner til nytt østfoldsykehus og 70 millioner kroner til Tønsbergprosjektet. Midlende er tilgjengeliggjort disse prosjektene og utbetalt i takt med prosjektenes likviditetsbehov.

#### • *Endringer i driftskreditrammen*

##### *Likviditet og driftskreditter*

Ved inngangen til 2015 er samlet driftskreditramme på 12 726 millioner kroner, jf. Prop 1S (2014-2015), herav utgjør driftskreditrammen til Helse Sør-Øst RHF 6 750 millioner kroner. I Prop. 1S (2014-2015) ble det lagt til grunn at samlet pensjonspremie blir 2 400 millioner kroner



lavere enn pensjonskostnaden i 2015. Basert på disse anslagene, fastsatte foretaksmøtet 7. januar 2015 at samlet ramme for driftskreditt skulle reduseres med 2 400 millioner kroner ved utgangen av 2015, hvor Helse Sør-Øst RHF's andel utgjorde 1 290 millioner kroner. Med utgangspunkt i at foretaksmøtet 30. januar 2013 besluttet at driftskredittrammene skulle fordeles i henhold til ordinær inntektsfordeling med innfasing over tre år med oppstart i 2013, ville Helse Sør-Øst RHF som følge av dette få økt rammen for driftskreditt med 100 millioner kroner i 2015. Samlet ville Helse Sør-Øst RHF's ramme for driftskreditt således reduseres med 1 190 millioner kroner i 2015 med månedlige justeringer.

Ved behandling av Prop. 119 S (2014-2015) ble det bevilget 1 750 millioner kroner til dekning av antatt høyere pensjonskostnad i 2015, da anslått til 18 450 millioner kroner. Driftskredittrammen ble på denne bakgrunn satt ned ytterligere med 1 750 millioner kroner. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde dette 941 millioner kroner.

Ved behandlingen av Prop. 27 S (2015-2016) Endringer i statsbudsjett 2015 under Helse- og omsorgsdepartementet ble driftskredittrammen foreslått redusert med ytterligere 2 380 millioner kroner nasjonalt, som følge av en tilsvarende reduksjon i pensjonspremie i 2015. For Helse Sør-Øst RHF utgjorde reduksjonen 1 280 millioner kroner.

Endringene i driftskredittramme som beskrevet over, gir et nasjonalt nedbetalingskrav i 2015 på 6 530 millioner kroner grunnet pensjon. Av dette utgjør Helse Sør-Øst RHF sin andel 3 511 millioner kroner. Ved også å hensynta økt driftskredittramme på 100 millioner kroner, jf. fordeling av driftskredittrammer i henhold til ordinær inntektsfordeling, ble det samlede nedbetalingskravet for Helse Sør-Øst RHF i 2015 på 3 411 millioner kroner. Dette gir en driftskredittramme ved årsskiftet 3 339 millioner kroner, trukket opp med 3 312 millioner kroner, dvs. nærmere 100 prosent.

- *Samordning på tvers av regionene*

Hovedformålet med de felles eide selskapene er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- Nasjonal IKT HF (NIKT HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg HF – etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim
- Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å finne gode løsninger for styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en felles styresak

fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015. Saken omhandlet drøftinger og prinsipper bl.a. innen følgende tema:

- Selskapsform
- Eierstyring
- Prinsipper for styresammensetning mv.
- Deltakelse fra andre instanser/observatør
- Prinsipper for utarbeidelse og behandling av selskapenes strategier
- Opplegg for samordning og oppfølging av de felles eide selskapene

De felles eide selskapene styres gjennom et årlig oppdragsdokument. De avgir også årlig melding på linje med helseforetakene underlagt det enkelte regionale helseforetak. I tillegg til rapportering på gitte oppdrag omfatter årlig melding også økonomisk langtidsplan og redegjørelse for selskapets planer og strategier. Meldingene er grunnlag for videre behandling i de regionale helseforetakene.

### **Etablering av Sykehusinnkjøp HF**

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015 gjennom stiftelsesprotokoll, foretaksavtale samt styrevedtak i de fire regionale helseforetakene. Selskapet skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier. Det er forutsatt at Sykehuspartners virksomhet innen innkjøp/logistikk og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF, og at og at samtlige regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016.

- *Felles retningslinjer for brukermedvirkning*

Arbeidet med felles retningslinjer for brukermedvirkning ledes av Helse Nord RHF og vil bli ferdigstilt våren 2016.

- *Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)*

Gjennom fornyingsprogrammet “*Digital fornying*” videreutvikler Helse Sør-Øst RHF sine IKT-systemer i tråd med målene i Meld. St. 9 *Én innbygger – én journal*. Helse Sør-Øst RHF har bidratt aktivt til utvikling og innføring av nasjonale IKT-løsninger og regionen har støttet Helsedirektoratets myndighetsrolle på feltet gjennom deltakelse i nasjonale arenaer for prioritering og styring av nasjonale satsninger innenfor e-helse, og styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området.

Helse Sør-Øst RHF har videreutviklet og økt utbredelsen av digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere gjennom prosjektet *MinJournal*. Sammen med Helsedirektoratet (nå Direktoratet for e-helse) arbeides det for tilgang til de digitale pasient- og innbyggertjenestene gjennom portalen [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no).

Elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten har vært et strategisk satsningsområde. Innføring av pleie og omsorgsmeldinger i regionen er gjennomført. Løsning for interaktiv henvisning og rekvirering er etablert. eResept er implementert i fire helseforetak og videre implementering i regionen ferdigstilles i 2016.

Helse Sør-Øst RHF har etablert “Regionalt senter for kliniske IKT løsninger”, for forvaltning og ivaretagelse av regionale standarder (inkludert arbeidsprosesser, informasjonsgrunnlag, systemløsninger og koordinert opplæring) og videreutvikling av eksisterende regionale løsninger.

Helse Sør-Øst RHF har deltatt aktivt i strategisk arbeid på nasjonalt nivå innenfor IKT-området, med målsetning om at IKT-tiltak i størst mulig grad realiseres på nasjonalt nivå, der dette er kostnadseffektivt og hensiktsmessig. Utvikling og gjennomføring av fellesregionale IKT-tiltak har vært adressert gjennom Nasjonal IKT HF. Det har vært særskilt oppmerksomhet på det prehospitalt området, hvor Helse Sør-Øst RHF har bidratt i Nasjonal IKT HF's arbeid med felles anskaffelse av nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene, samt sikring av felles nasjonalt kodeverk og terminologi.

Et betydelig arbeid er iverksatt for lukking av avvik avdekket i Riksrevisjonens rapport fra 2014, knyttet til de elektroniske pasientjournalene (EPJ) og de pasientadministrative systemene (PAS). Det er behov for stor grad av teknisk understøttelse av tildeling, forvaltning og kontroll av tilganger for å oppnå automatisk tilgangskontroll ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Oppgraderinger av eksisterende PAS/EPJ løsninger med beslutningsstyrt tilgang på de ulike helseforetak er gjennomført i 2015. Regional standardiseringen av PAS/EPJ løsning og parallell innføring av automatisert tilgangskontroll ved bruk av IDM-løsning vil fullføres innen utgangen av 2017. Prosjektet viser til den store arbeidsmengden knyttet til hvert helseforetak, både når det gjelder endring i eksisterende systemer og at det dreier seg om prosessendringer i åtte store virksomheter.

Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Helse Sør-Øst RHF har startet en foranalyse som vurderer alternativer for hurtig implementering av "tilgang på tvers" med tanke på kostnad, tid- og ressursbruk, og risiko. At pasientinformasjon er tilgjengelig til riktig tid, sted og person på tvers av institusjon, vil blant annet utnyttes gjennom regionale satsninger for IKT-støtte til kreftpakkeforløp, Fritt behandlingsvalg, pasientrettighetsarbeid, og samhandling med kommune- og omsorgstjenester.

Helse Sør-Øst RHF har implementert en regional rapporteringsmal for tilsyn og avvik som helseforetakene rapportert på hvert tertial.

- *Miljø- og klimaarbeid*

I Helse Sør-Øst RHF gjøres regionale anskaffelser i regi av Sykehuspartner innkjøp og logistikk. For å sikre oppfølging av styringsmålet, er det i 2015 satt av ekstra ressurser til særskilt oppfølging av miljøkrav. Miljøkrav er blitt systematisert og videreutviklet, og målinger dokumenterer at det er satt relevante og konkrete miljøkrav ved alle vareanskaffelser i 2015. I anskaffelser av tjenester er det stilt relevante og konkrete miljøkrav i alle anskaffelser unntatt for konsulenttjenester, hvor miljøkrav er mindre relevant. Det arbeides kontinuerlig ved å utvikle gode miljømål innen de ulike innkjøpskategoriene.

Helse Sør-Øst RHF er medlem av Svanens Innkjøperklubb og samarbeider tett med Svanemerket om miljøkrav. Helse Sør-Øst RHF har også gjennomført et prosjekt i 2015 for å se på forbruksbasert klimaregnskap med mål om i framtiden kunne se på muligheten for å sette krav til klimafotavtrykk per produkt i framtidige anskaffelser til sykehusene.

Helse Sør-Øst RHF har i flere år rapportert på miljøindikatorerne energi, avfall, vann og CO<sub>2</sub> i årlig regional rapport for miljø- og samfunnsansvar. I 2015 har Helse Sør-Øst RHF deltatt i arbeidsgruppe for nasjonale miljøindikatorer i regi av samarbeidsprosjektet *Grønt sjukehus*. Målet er å innføre miljøindikatorer i de fire helseregionene i 2016 og fremstille resultatene i en årlig nasjonal rapport for miljø- og samfunnsansvar.

- *Beredskap*

Helse Sør-Øst RHF har deltatt i Helsedirektoratets arbeid med å utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren. Arbeidet munnet ut i rapporten *Oversikt over risiko og sårbarhet i Helse- og omsorgssektoren* som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2015. Rapporten beskriver seks hendelser som kan utfordre kapasiteten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester:

- Stor ulykke langt fra sykehus med betydelig akuttkapasitet
- Uvarslede naturkatastrofer
- Smitteutbrudd på skip
- Bortfall av kritisk infrastruktur (nett for overføring/distribusjon av energi, nett for telekommunikasjon, nett for transport av gods og personer (veg, luft, bane og sjø, luft og veibasert syketransport), vannledningsnett, avløp/kloaknett)
- Pandemi i Norge
- Terrorangrep

For hver av de seks hendelsene er det gitt en kort scenariobeskrivelse samt angitt hvilke tiltak som er pågående og evt. nye tiltak som anbefales.

Helse Sør-Øst RHF vil delta i den videre oppfølgingen av rapporten bl.a. inn mot revisjon av Nasjonal helseberedskapsplan.

For øvrig omtale av helseforetaksgruppens arbeid innen beredskap og sikkerhet vises det til kapittel 1.2 Sammendrag av resultatoppnåelse og utfordringer i 2015.

## **4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015**

### **4.2.1 Protonterapi**

#### **Fra foretaksmøte 09.04.2015: Sak 3 Idéfaserapport regionale sentre for protonterapi**

- *Etablering av partikkelterapi i Norge - Ekstern kvalitetssikring av idéfaserapporten inklusiv de forutgående prosessene og samfunnsøkonomiske analyser knyttet til etablering. (Arbeid i regi av Sykehusbygg HF innen 1. august 2015.)*

Sykehusbygg HF ble gitt i oppdrag å kvalitetssikre idéfaserapporten for protonterapi, inklusiv en samfunnsøkonomisk analyse i henhold til oppdraget i foretaksmøtet 9. april 2015.

Rapporten ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 8. august, med kommentarer gitt av de fire regionale helseforetakene i eget brev.

#### **Fra foretaksmøte 09.04.2015: Sak 4 Nasjonal kompetanseoppbygging protonterapi**

- *Langsiktig nasjonal kompetanse- og kunnskapsoppbygging innen protonterapi i tråd med anbefalinger i idéfaserapporten om regionale sentre for protonterapi.*

Planlegging og utvikling av protonsentre er kommet godt i gang gjennom Sykehusbygg HF.

Oslo universitetssykehus har utviklet kompetanse på protonterapi i kontakt med sine avtalepartnere og har også hatt kontakt med Skandionklinikken i Uppsala.

### **Fra foretaksmøte 10.12.2015: Sak 3 Etablering av partikkelterapi og protonbehandling – mandat for konseptfase**

- *Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Frist for oppdraget settes til 1. august 2016.*

Oppdraget med utarbeidelse av konseptrapport for protonbehandling i Norge ble gitt til Sykehusbygg HF i eget brev.

#### **4.2.2 Opptaksområde**

##### **Fra foretaksmøte 17.08.2015: Sak 3 Vurdering av opptaksområde**

- *Foretaksmøtet ba om at det i det videre arbeidet med å analysere kapasitetsbehovet vurderes om det kan være hensiktsmessig å overføre Kongsvinger sykehus med tilhørende befolkningsområde til Akershus universitetssykehus.*

Oppfølging av dette punktet er tatt inn i arbeidet med kapasitetsvurderinger i Helse Sør-Øst og vil bli avklart i forbindelse med regional utviklingsplan.

#### **4.2.3 Ventetider og effektivitet**

##### **Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 2. Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet**

Det vises til foretaksmøte 7. januar 2015 der de regionale helseforetakene innen 1. april 2015 ble bedt om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet. På bakgrunn av de innsendte planene og senere oppfølgingsmøter ble kravene til det videre arbeid i 2015 presisert til å omfatte:

- a) Utarbeidelse av forslag til indikatorer og fagområder for prioritert styringsmessig oppfølging
- b) Etablering av nettverk for å fremme metodeutvikling på tvers av regionale helseforetak
- c) Etablering av regionale innsatsteam og arenaer for utveksling av erfaring om endringsprosesser
- d) Innføre lengre planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker
- e) Bruke innsikt i variasjon i liggetid og andel dagbehandling i forbedringsarbeid
- f) Bruke innsikt om variasjon i forbruk av helsetjenester i forbedringsarbeid
- g) Bedre samhandling med private og avtalespesialister

Helse Sør-Øst RHF deltok aktivt sammen med de andre regionale helseforetakene i arbeidet med å svare på revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015. Det vises til samlet rapport fra de regionale helseforetakene som ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet 15. november 2015. Arbeidet fra 2015 vil bearbeides videre i 2016, jf. Oppdragsdokument for Helse Sør-Øst RHF 2016.

#### **4.2.4 Betaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time**

##### **Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 1. Tildeling av midler**

- *Vilkår om at de regionale helseforetakene "bes om å utvise skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser".*

Dette kravet er videreført i oppdragene som ble gitt til helseforetakene for 2015 og inngår i etablerte rutiner for innkreving av egenandeler fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser..

#### **4.2.5 Oppgjørsordning h-reseptlegemidler og fritt behandlingsvalg**

##### **Fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015: 1. Tildeling av midler**

Det har vært arbeidet med ny oppgjørsordning for h-resepter, i samarbeid med de andre helseregionene. Per i dag foreligger bl.a. utkast til løsningsbeskrivelse og kravspesifikasjon. I tillegg er det svart opp diverse forhold og gitt oversikter over bl.a. faktureringsnøkler og forskrivningsrett. Pilotforetak for testing av ordningen er Sykehuset i Vestfold.

Gjennom året har det også vært arbeidet med oppgjørsordning knyttet til fritt behandlingsvalg i samarbeid med de andre regionene. De første fakturaer er mottatt fra HELFO. Det gjenstår fremdeles noen avklaringer rundt behov for informasjon utover det som framkommer av fakturaen. Det er avklart at HELFO ikke kan formidle nødvendige data til foretakene/sykehusene for inntektsberegning og videre analyseformål. Av denne grunn er det en dialog direkte med NPR for å få klarhet i hva NPR kan formidle til foretakene/sykehusene i form av rapporter basert på innrapportering fra FBV<sup>1</sup>-aktørene. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt, og innhold i disse rapportene er ikke fastsatt.

#### **4.2.6 Statusrapport prosjektmidler til “Transport av mennesker med psykiske lidelser”**

##### **Oppfølging av rapporteringskrav i Oppdragsdokument 2014 - tilleggskrav etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014)**

Helse Sør-Øst RHF har fått 8 millioner kroner til formålet i 2015. Disse midlene er benyttet til tre prosjekter i 2015. Det er avsatt om lag 1,8 millioner kroner til spredning av erfaringer i slutten av 2016.

Sykehuset Innlandet startet 1. november 2015 med en ambulanse dedikerte for transport av psykisk ustabile personer. Bilen er ombygget og utstyrt slik at den er tilpasset denne type transport. Ambulansen er stasjonert i Moelv og kan nå ca. 200 000 innbyggere i løpet av 50-60 minutter. Ambulansen er bemannet både med ordinært ambulansepersonell og ansatte fra akuttambulante team. Bilen skal inngå i ordinær drift og kan disponeres for akutt medisinske oppdrag og som ”first responder” der det er hensiktsmessig. Ambulansen er i drift hverdager fra kl. 12 til 20.

I forkant av oppstart er det gjennomført fagdager for personell både fra ambulansetjenesten og psykisk helsevern.

Resultat etter 1 måneds drift:

- Totalt 40 oppdrag – ca. 2 per vakt.
- 27 psykisk helsevern oppdrag/13 somatikk.
- 1,74 timer per oppdrag.
- Kjørt 2 097 km – gjennomsnitt 53,8 km per oppdrag.

Vestre Viken har i 2015 arbeidet med kompetanseheving, utarbeidelse av felles rutiner og det er bygget om en ambulanse som skal brukes til transport av psykisk ustabile pasienter. Ambulansen settes i drift 1. februar 2016 og bemannes med to helsepersonell, en fra psykiatrisk avdeling og en ambulansearbeider. Ambulansen skal brukes ved akutt innleggelse og transport av pasienter mellom institusjoner. Bilen skal inngå i den ordinære ambulanseflåten og disponeres for somatiske oppdrag.

---

<sup>1</sup> Fritt behandlingsvalg

Helseforetakene i Vestfold og Telemark har i flere år hatt et fungerende samarbeidsforum hvor spesialisthelsetjenesten, politi og kommunene har møtt regelmessig. Det er et ønske om å utvikle dette videre. Hensikten med dette prosjektet er å styrke kompetansen til alle slik at alle transporter som foregår med ambulanser skal være trygge og verdige, uansett oppdrag. I prosjektet har en kartlagt erfaringer og synspunkter fra brukere og pårørende, ambulanspersonell, helsepersonell og politi. Alle ambulansoppdrag er kartlagt og det er designet en brukerundersøkelse.

#### **4.2.7 Behandlingsreiser til utlandet**

Oslo universitetssykehus har sendt 2 966 personer i 2015 fordelt på 2 732 pasienter og 234 ledsagere, fordelt i følgende diagnosegrupper:

1. Kronisk lungesyke og atopisk eksem barn og ungdom - 144 barn/144 ledsagere og 42 ungdom
2. Barn og ungdom med revmatisk leddsykdom - 70 barn /70 ledsagere og 34 ungdom
3. barn og ungdom med Psoriasis - 20 barn /20 ledsagere og 20 ungdom
4. Voksne med Psoriasis - 488
5. Voksne med revmatisk leddsykdom - 1754
6. Voksne med Polio - 160

#### **4.2.8 Tannhelsetjenester i tverrfaglig miljø**

Det er etablert en forsøksordning med orale helsetjenester i tverrfaglig sykehusmiljø både på Oslo universitetssykehus og på Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Oslo universitetssykehus: ØNH-avdelingen fikk i 2014 i oppdrag å sette i gang arbeidet med forsøksordning med orale tjenester i tverrfaglig sykehusmiljø. Samme året ble det ansatt en allmenntannlege/prosjektkoordinator og spesialtannlege i oral protetikk og tannpleier (i deltid). Sykehuset økte tilbudet av tannpleiertjenester til kreftpasienter som får strålebehandling. Det ble også satt i gang protetisk rehabilitering av kreftpasienter etter munnhulereseksjoner i forbindelse med kreftbehandling i hode- og halsområdet. Innkjøp av utstyr til tannbehandling i narkose er foretatt og tilbudet om tannbehandling i narkose er økt. I tillegg er tannbehandlingstilbudet i narkose til en del andre pasientgrupper økt. Mangel på behandlingsrom og kontorplass for den nye tannhelsegruppen samt utfordringer i forbindelse med registrering av HELFO-takster og innslagspunkt i DIPS for å få HELFO-refusjon er tatt opp mellom sykehusledelsen og Helsedirektoratet.

I desember 2015 ble det sammen med Avdeling for barnemedisin på Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet lagt en plan for oppstart av behovsundersøkelser og klinisk screening av pasientene i løpet av januar 2016. Prosjektet avdekker nye behov for utredning og behandling for pasienter i sykehuset, og er et verdifullt tilskudd til i det tverrfaglige miljøet. Aktiviteten rapporterer direkte til Helsedirektoratet i forsøksperioden.

Lovisenberg Diakonale Sykehus: TAKO-senterets sykehustannklinik har mottatt statlig tilskudd på 3,3 millioner kroner for å videreutvikle forsøksordning med sykehusodontologi. Denne ordningen skal skaffe kunnskap om behov for tannhelsetjenester i sykehus til pasienter som har behov for dette pga. alvorlig somatisk og/eller psykisk sykdom. Det rapporteres til Helsedirektoratet i forsøksperioden. Sykehustannklinikken har etablert et samarbeid med andre forsøkssykehus (UNN, St. Olav, Oslo universitetssykehus, Haukeland og Stavanger universitetssykehus) og koordinerer jevnlig i videokonferanser med disse for å dele erfaringer med å etablere et nytt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

#### **4.2.9 Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve å få god informasjon og opplæring.**

Det regionale utviklingsarbeidet ivaretas særlig gjennom regionfunksjon for kunnskapsstøtte i Sykehuset Innlandet og Regional kompetansetjeneste for pasient og pårørendeopplæring ved Sørlandet sykehus. Pasientenes muligheter til valg av behandlingssted skal styrkes, og pasienter skal trekkes aktivt inn i beslutninger om egen behandling. Det er under utvikling samvalgsverktøy og relevante opplæringsprogrammer for pasienter, pårørende og pasienter.

Alle helseforetak rapporterer at de følger opp regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring. Det gjenstår å analysere rapporteringene og deretter vurdere behovet for nærmere kontakt med helseforetakene. Arbeidet ses i sammenheng med digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten, arbeid med behandlingslinjer mv.

Pasienters og brukeres erfaringer skal brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet. Alle helseforetak har velfungerende brukerutvalg, det arbeides med oppfølging av PasOpp og andre lokale og nasjonale brukererfaringsundersøkelser i helseforetakene, og det gjennomføres pilotprosjekt i to helseforetak samt Lovisenberg Diakonale Sykehus for å innføre PasOpp undersøkelsen på postnivå. Erfaringer fra Lovisenberg Diakonale Sykehus er at undersøkelser på postnivå gir bedre grunnlag for forbedringsarbeidet.



## 5. Styrets plandokument

Endringer innenfor demografi, sykdomsutvikling og medisinsk teknologi og infrastruktur, gjør at det er et stadig økende behov for helse- og omsorgstjenester. En aldrende befolkning med økt sykdomsbyrde og at flere lever lenger med kreft, kroniske og sammensatte sykdommer, samt den hurtige medisinskfaglige og teknologiske utviklingen, bidrar til at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker. Endringer i befolkningsutviklingen vil øke behovet for årsverk med 27 prosent fram mot 2030, og med 40 prosent fram mot 2040. Økt innvandring av flykninger og asylsøkere som får opphold vil kunne ha stort behov for tjenester, særlig i psykisk helsevern. Høye forventninger i befolkningen til disse tjenestene kan tolkes som et uttrykk for tillit til de offentlige helsetjenestene. Imidlertid viser nasjonale kvalitetsindikatorer større forskjeller i helsetilbudet mellom helseregioner og mellom sykehus i organisering, effektivitet, pasienttilfredshet og medisinsk praksis.

### 5.1 Brukermedvirkning

I Helse Sør-Øst RHF er brukerrepresentanter involvert på strategisk nivå og i utvikling av tjenester. I de senere årene er det nasjonalt og i Helse Sør-Østs strategiske plan fokusert sterkere på brukermedvirkning på individnivå. Dette er ytterligere forsterket i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Målet om å styrke pasientens rolle og forsterke serviceleveransen, utfordrer tradisjoner og kulturer, profesjonsrollen, kunnskap og kompetanse, strukturer og systemer.

Det er lagt ytterligere trykk på involvering av de enkelte pasientene og deres pårørende og at systemene skal tilpasses pasientene. Regionfunksjon for kunnskapsstøtte ved Sykehuset Innlandet, utvikler samvalgsverktøy og bidrar til kompetanseløft innen området, i samarbeid bl.a. med Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring, Sørlandet Sykehus HF.

Pasientens opplevelser tillegges mer vekt, både fordi det er av betydning for den enkelte, og det bidrar til endring av en kultur som mer orienteres mot pasientenes og pårørendes opplevelse av kontakten med spesialisthelsetjenesten. Helse Sør-Øst RHF har i 2015 initiert og finansiert en pilot med utvidelse av PasOpp- undersøkelsen til klinikk/postnivå, med presentasjon av resultat i 2016.

Kompetente og aktive brukere bidrar til rett diagnostisering, bedre etterlevelse, bedre tilpassede tjenester og reduksjon av feil. Samtidig skal ingen påtvinges en medvirkning de ikke ønsker. Erfaringer fra pasient- og brukerombudene og brukererfaringsundersøkelser, viser at feil for ofte oppstår som følge av mangel på kommunikasjon og at situasjoner eskalerer av samme årsak. Pasientene opplever heller ikke i tilstrekkelig grad forventet service og forutsigbarhet, ofte i en sårbar situasjon.

### 5.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er høyt prioritert i Helse Sør-Øst. Disse områdene står sentralt i Helse Sør-Østs plan for strategisk utvikling 2013-2020. Økt vektlegging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten skal bidra til at tjenestene er virkningsfulle, trygge, involverer brukerne, at de er samordnet, fremstår med kontinuitet og at ressursene utnyttes på en god måte. Dette krever blant annet en sterkere kvalitetsorientert ledelse, gode systemer for kvalitetsutvikling og en sikkerhetsfokusert og lærende kultur for hele tjenesten. Helse Sør-Øst RHF vil i budsjettperioden følge med på at strategi 2014-2018 for det nasjonale

pasientsikkerhetsprogrammet, implementeres. Pakkeforløp for kreft bidrar til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Sør-Øst RHF har lagt til rette for læring på tvers og har tett oppfølging av utvikling og implementering.

### 5.3 Samhandling

Målet med samhandlingsreformen er i større grad at pasienter skal få et helhetlig og koordinert helsetilbud på rett nivå. Ansvaret for behandling og oppfølging av pasienter med kjente og avklarte lidelser, skal i økende grad ivaretas i kommunen og av fastlegen.

Effekten av samhandlingsreformen for spesialisthelsetjenesten er fortsatt usikker. Det gjelder både i forhold til økonomi og betydning for kapasitetsbehovet på de områder der kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser skal komme i stedet for et akuttilbud i spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal støtte kommunene med veiledning, kompetansedeling og kompetansebygging. Samarbeid om fordeling av pasienter enten til sykehus eller døgntilbud i kommunene, vil ha stor betydning for kvaliteten i pasientforløpet, særlig for eldre. Helsepersonell må ha kompetanse innen pasient- og pårørendeopplæring blant annet for å kunne støtte individuell brukermedvirkning. Gode pasientforløp krever klare ansvarsforhold, god kommunikasjon, samordning og samhandling mellom tjenestenivåene, i tillegg til innovative medisinsk-faglige, organisatoriske og IKT-løsninger.

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

For at målene skal nås har spesialisthelsetjenesten krav om å bidra til å desentralisere spesialisthelsetjenester der dette er hensiktsmessig, samt å bidra til å utvikle og styrke den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Viktige virkemidler er samarbeidsavtalene og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Hvor grensen går mot kommunens eget ansvar for kompetansehevende tiltak er uklart og må avklares mellom partene og avtalesfestes.

Kommunene overtok ansvaret for utskrivningsklare pasienter i sykehus fra 1. januar 2012. Ordningen baseres på forskriftsfestede kriterier for utskrivningsklare pasienter og gode samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene, for å sikre at pasientene kan skrives ut til et forsvarlig tilbud i kommunen. Stortinget har vedtatt at ordningen skal utvides til å gjelde for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, med innføring tidligst i 2017.

Fra 2016 er det lovpålagt for kommunene å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp til sin befolkning. 2012-2015 var opptrappingsperiode for etablering av slike tilbud. Hensikten er å gi aktuelle pasienter et tilbud i kommunen istedenfor innleggelse i sykehus. Det er en forutsetning at tilbudene gir pasientene et like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere. Det forutsetter et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og aktuelle kommuner. Det enkelte helseforetak skal bidra til at tilbudene får den ønskede kvalitet og har plikt til å vurdere effekten av tilbudene. Dette gir utfordringer for det regionale helseforetakets prognoser som grunnlag for eventuelt reduksjon av egne akuttfunksjoner. Foreløpig er det på generelt grunnlag ikke mulig å se klare effekter på forbruk av sykehustjenester. Men noen av de kommunale tilbudene er godt

innarbeidet og har høyt belegg, og det er gjort kartlegginger som viser at disse pasientene slipper innleggelse i spesialisthelsetjenesten ettersom de får behandling i det kommunale tilbudet.

Samhandlingsreformen gjelder alle fagområder selv om de økonomiske virkemidlene så langt har vært i forhold til somatisk virksomhet. Det er derfor viktig at samarbeidsavtalene også gjelder pasienter som behandles for sykdommer knyttet til psykisk helsevern og rusavhengighet.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra i det helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene for å bremse veksten i behovet for helsetjenester. I tillegg er det behov for å etablere og videreutvikle gode IKT- og kommunikasjonssystemer og å bistå samarbeid om kompetansebygging og brukermedvirkning.

## **5.4 Utviklingstrender og rammebetingelser**

### **5.4.1 Medisinskteknisk utvikling**

Bedre behandlingsmetoder som følge av medisinskteknisk utvikling gir bl.a. en generell økning i standarden på pleie, utredning og behandling samt utstyr, sykehusbygg og service.

Behandlingsmetodene blir mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Utviklingen går også i retning av enklere og mer mobilt utstyr som kan gi utredning og behandling nærmere pasienten.

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

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

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

### **5.4.2 Kompetanse**

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

Imidlertid er det en økt erkjennelse i fagmiljøene av behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse. Denne erkjennelsen kan omfatte en økt kombinasjon av både bredde-

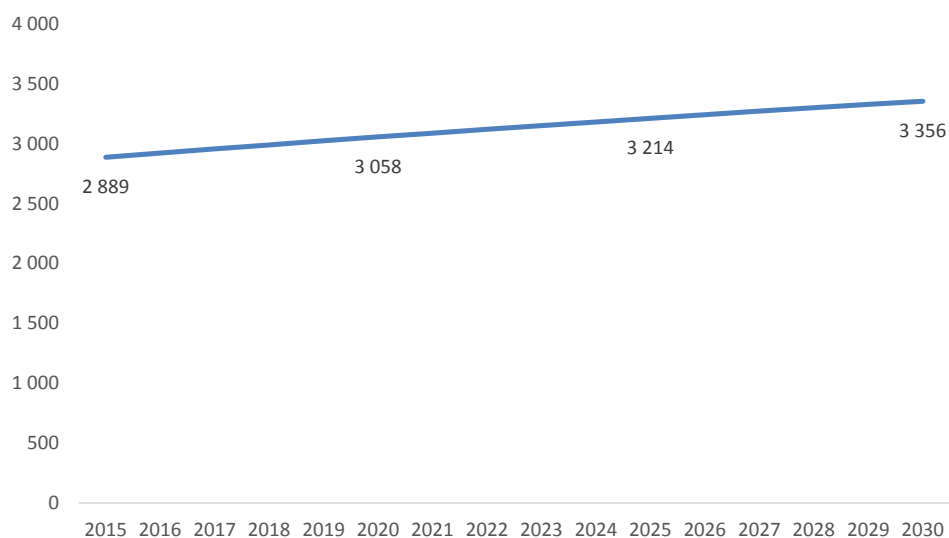
og dybdekompetanse på flere områder og kan kreve ulike typer insentiver for å fremme ønsket utvikling.

De hurtige endringene i helse- og omsorgstjenesten må tas raskere inn i utdanningene. Det er behov for et enda tettere samarbeid mellom helseforetakene, universitets- og høyskolesektoren, ansvarlige for aktuelle fagutdanninger og utdannings- og helsemyndighetene, som kan bidra til å sikre at utdanningene fortsetter å være relevante slik at pasientene får en trygg, moderne og effektiv behandling.

Gjennom endret oppgavedeling kan ansattes kompetanse benyttes bedre. Helsepersonell som arbeider nær pasienten, har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen kan brukes på en god måte. Derfor bør arbeidet med oppgavedeling hovedsakelig skje lokalt. Men spesielt på områder som kan redusere flaskehals og gi generelt bedre kapasitet og kvalitet, bør det tas nasjonale initiativ.

### 5.4.3 Befolkningsutvikling

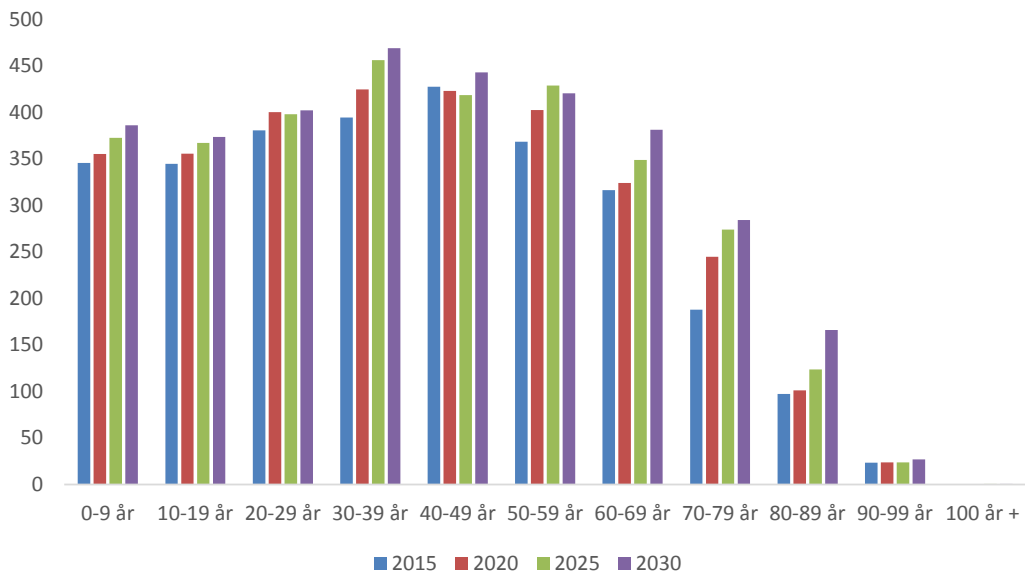
Helse Sør-Øst RHF omfatter 10 fylker, 172 kommuner og 15 bydeler, som omfatter i overkant av 2,9 av landets 5,2 millioner innbyggere ved utgangen av tredje kvartal 2015. Ut fra SSBs<sup>2</sup> prognose forventes at befolkningen i regionen øker til i overkant av 3,0 millioner i 2020 og 3,2 millioner i 2025. Størst vekst ventes i hovedstadsområdet (Oslo og Akershus) og på Sørlandet.



Figur 1 SSBs prognose for befolkningsutvikling i regionen 2015-2030 (MMMM. /1000)

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

<sup>2</sup> Fremskrivningstall fra SSB. MMMM



Figur 2 Aldersfordelt befolkningsutvikling i regionen 2015-2030 (SSB prognose, MMMM, /1000)

### Innvandring

1. januar 2015 var det i alt 805 000 innvandrere bosatt i Norge, hvorav 669 000 er innvandrere og 136 000 er norskfødte med innvandrerforeldre. Til sammen utgjør denne gruppen 15,6 prosent av befolkningen (henholdsvis 13 prosent og 2,6 prosent). 57 prosent kommer fra Europa, 26 prosent fra Asia, 12 prosent fra Afrika, 2 prosent fra Sør-Amerika og 2 prosent fra Nord-Amerika. Med nær 100 000 personer er innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre fra Polen den desidert største gruppen med innvandrerbakgrunn i Norge per 1. januar 2015.

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

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

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

#### 5.4.4 Sykdomsutvikling

En aldrende og mer flerkulturell befolkning har konsekvenser for forekomst av visse type lidelser. Det forventes en betydelig økning i aldersrelaterte sykdommer som demens, høyt blodtrykk, hjertesvikt, hjerneslag, diabetes, kreft, muskel- og skjelettplager, sansetap og lårhalsbrudd.

Eldre over 70 har fem ganger større forbruk av sykehustjenester enn øvrig del av befolkningen (Helsedirektoratet 2012: Behov for spesialist kompetanse i helsetjenesten). Imidlertid viser internasjonale trender at antall år folk lever med god helse øker, og at utviklingen går i retning av at det er særlig eldre over 80 år som gir større forbruk av sykehustjenester. Det betyr at netto innvirkning på samfunnet fortsatt er uklar og avhengig av helsetilstand for eldre under 80 år.

Noen livsstilssykdommer øker fortsatt i befolkningen: Overvekt, fedme (spesielt hos barn og unge), diabetes type 2, nyresvikt, KOLS, astma og allergier (Helsedirektoratet). Det forventes også en økning i depresjon og angst generelt i befolkningen, også hos barn og unge. Antall alkoholrelaterte innleggelse (i somatisk sykehus) er nesten fordoblet i perioden 1999-2010 (Helsedirektoratet, tall fra NPR). Imidlertid øker ikke alkoholbruk blant ungdom lenger. Andel pasienter med dobbel rusproblematikk forventes å øke i årene fremover. Antall pasienter som får legemiddelassistert rehabilitering (LAR) økes samtidig som antall sprøytemisbrukere er stabilisert.

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

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

## **5.5 Utfordringsbilde**

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

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

Det forventes en fortsatt dreining fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling for alle tjenesteområder. Derfor trengs det forskning og innovasjon i organisering og levering av tjenester, for eksempel ved bruk av telemedisin eller hjemmebasert teknologi for overvåking av pasienter med kroniske sykdommer. Slike teknologier kan understøtte samhandlingsreformen ved

at tyngdepunktet flytte fra sykehusene mot et desentralisert helsetilbud ut i kommunene med base hjemme hos pasienten.

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

### **5.5.1 Sosial ulikhet i helse**

Selv om alle grupper i landet har fått bedre helse de siste 30 årene, har personer med lang utdanning og høy inntekt fortsatt lengre forventet levetid enn personer med lavere utdanning og inntekt. Særlig de siste ti årene har helseforskjellene økt, det gjelder både fysisk og psykisk helse, og for både barn og voksne. OECD-data fra 2014 viser at økonomiske barrierer bidrar til et udekket helsebehov og redusert tilgang til helsetjenester blant personer med lav inntekt. Utjevning av sosiale helseforskjeller er derfor en viktig målsetting i folkehelsearbeidet og førende for innretningen av spesialisthelsetjenestetilbudet.

### **5.5.2 Normative kreftforløpstider skal innfris**

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

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp som er faglig baserte og skal være normgivende. Helsedirektoratet har i samarbeid med fagfolk fra sykehusene, fastleger og brukerrepresentanter utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter dansk modell. Pakkeforløpene skal implementeres i helsetjenesten i 2015.

I 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert ved alle helseforetak og sykehus som behandler kreft. Det vil være behov for å følge arbeidet videre i 2016, for å oppfylle nasjonale indikatorer.

Erfaringene fra arbeidet med pakkeforløp kreft er viktig å ta med i arbeidet ved innføring av nye pakkeforløp som kommer innen hjerneslag, psykisk helsevern og rus.

### **5.5.3 Ventetider og fristbrudd**

På årsbasis er gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter redusert fra 72,7 dager i 2014 til 68,4 dager i 2015. Nedgangen har blitt tydeligere utover året, og ventetiden var 9 dager kortere for dem som ble tatt inn i desember i 2015 sammenlignet med tilsvarende året før. For dem som fortsatt venter pr. 31. desember 2015, er ventetiden 31 dager lavere enn på samme tid 2014. Samtidig er antall ventende redusert med 25 000 fra 145 000 til 120 000. Antall langtidsventende >1 år er også betydelig redusert gjennom året, fra 5 770 til 1 984 pasienter.

Antall og andel fristbrudd har det siste året blitt redusert i enda større grad. I desember 2015 var den regionale andelen 1,0 prosent for avviklede pasienter mot 4,9 prosent i desember 2014. Tilsvarende andel for ventende pasienter var redusert fra 11,5 i fjor til 1,4 prosent nå. Med lovendringen fra 1. november 2015 tyder disse tallene på at helseforetakene og sykehusene gjennom 2015 har fått en helt annen og mye bedre kontroll på utviklingen og i større grad klarer å forhindre fristbrudd.

### **5.5.4 Antall nyhenviste**

I årene 2012-2014 var årlig antall nyhenvisninger ganske uendret for alle tjenesteområdene, bortsett fra en betydelig reduksjon innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I 2015 har det imidlertid vært en vekst på de andre tjenesteområdene. Nyhenvisninger innen somatikk har

økt med 2,0 prosent, psykisk helsevern voksne med 0,5 prosent, mens psykisk helsevern for barn og ungdom har fått en økning med 4,0 prosent fra 2014 til 2015.

Antall nyhenvisninger til TSB har fortsatt vist nedgang i 2015 med en reduksjon fra 2014 på 3,8 prosent. Årsaken til nedgangen er uklar, men noe kan sannsynligvis forklares med endret registreringspraksis og at det er større bevissthet i fagfeltet rundt hvilke pasienter som nyttiggjør seg behandling innen TSB. Likevel er nedgangen fra 2012 påfallende stor, fra 12 328 nyhenvisninger i 2012 til 8 869 i 2015, som gir en samlet nedgang på 28 prosent på tre år.

### **5.5.5 Behovet for aktivitetsvekst**

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehov som innspill til arbeid med statsbudsjett 2016. I de nærmeste årene vil det være behov for å øke aktivitet. Vurderinger er basert på demografisk betinget vekst og realvekst. Aktivitetsbehov påvirkes av befolkningsendring, sykdomsutvikling, nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og behov for og forventning om kortere ventetid. Fremover vil det og være behov for å øke innsats innen forskning og utvikling samt å øke investeringer i bygg og utstyr. Aktivitetsforutsetninger gjenspeiler overordnede mål, behov, utfordringer og prioriteringer. Det foreligger for 2016 særlige nasjonale føringer og prioriteringer om en sterkere vekst innen TSB og psykisk helsevern enn for somatikk. Det er innen somatikken løftet frem utfordringer knyttet til kreftbehandling, pakkeforløp, intensivkapasitet, samt kapasitetsutfordringer i hovedstadsområdet. Videre gir den økte flyktingetilstrømmingen utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Samlet vil dette også fordre mer effektiv bruk av ressurser.

I tråd med dette og oppdragsdokument fra Helse - og omsorgsdepartementet legger Helse Sør-Øst RHF for 2016 som planforutsetning en høyere vekst enn i 2015. Ressursrammen legger til rette for å øke pasientbehandlingen med 2,5 prosent. Bruk av retten til fritt behandlingsvalg antas å utgjøre 0,3 prosentenheter av budsjettet aktivitetvekst.

Oppdaget om at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal øke mer enn somatikk, er spesielt vektlagt og skal følges opp i 2016. Dette innebærer at Helse Sør-Øst RHF i budsjettssammenheng har lagt til rette at veksten skal være størst for disse tjenesteområdene. Innen alle tjenesteområder er det også viktig å arbeide videre for å utnytte potensialet for omstilling til mer dag- og poliklinisk behandling.

### **5.5.6 Kapasitetsvurderinger**

Helse Sør-Øst RHF vurderer løpende hvordan "sørge for"-ansvaret kan ivaretas både i et kort og et langsiktig perspektiv. Dette på bakgrunn av endringer som kommer og som vil påvirke behov og kapasitet. Som et ledd i den langsiktige planleggingen gjøres grundige vurderinger av behov, aktivitet og kapasitet.

I 2015 er det rettet spesiell oppmerksomhet på kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. I de tidligere styresakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i sykehusområdene Oslo og Akershus kan møtes ved optimalisering av drift ved sykehusene, en bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser, utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus, samt arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området.

Gjennom styrets behandling av styresak 082-2015 er det lagt et grunnlag for videre arbeid knyttet til gjennomføring av tiltak for å møte kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder. Rapport fra kapasitetsprosjektet som ble lagt frem for styret i nevnte styresak er sendt på bred ekstern høring fram til april 2016.



Videre arbeides det med utviklingsplaner og idéfaser i de fleste andre sykehusområdene i Helse Sør-Øst. Idéfaserapport fra Oslo universitetssykehus er oversendt Helse Sør-Øst RHF tidlig i 2016, og det arbeides ved Akershus universitetssykehus med utviklingsplan for perioden frem til 2030. Disse arbeidene vil sammen med gjennomført høring av prosjektrapporten ligge til grunn når styret i Helse Sør-Øst våren 2016 vil bli forelagt en beslutningssak om kapasitetsutfordringene i sykehusområdene Oslo og Akershus. Dette sikrer en helhetlig tilnærming til kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet.

I tillegg til foretaksmøter og jevnlig oppfølgingsmøter finner det sted tett oppfølging av helseforetak med særskilte utfordringer. Herunder følger Helse Sør-Øst RHF tett opp kapasitetssituasjon ved Akershus universitetssykehus.

I 2016 vil det også bli igangsatt arbeid med en regional utviklingsplan i Helse Sør-Øst som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette arbeidet vil adressere kapasitetsutfordringer regionalt.

### **5.5.7 Økonomiske rammeforutsetninger**

Det forventes ikke økt ressurstilgang til spesialisthelsetjenesten de kommende årene ut over kompensasjon for aktivitetsvekst som følge av endring i befolkningens størrelse og sammensetning.

Aktivitetsbehovet påvirkes i tillegg av nye behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler og ønske om kortere ventetid. Det legges til grunn at foretaksgruppen samlet årlig skal realisere en aktivitetsvekst som er høyere enn befolkningsveksten innen alle tjenesteområder, og veksten skal være større innen psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling enn innen somatikk, i samsvar med nasjonale føringer.

Uten forventet realvekst i de årlige bevilgningene er et slikt situasjonsbilde utfordrende og krever effektiv drift og positive resultater for over tid å opprettholde og øke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Dersom de regionale helseforetakene i tillegg gis nye oppgaver og krav uten økonomisk kompensasjon fra eier vil den økonomiske utfordringen øke ytterligere.

Styret i Helse Sør-Øst behandler årlig en økonomisk langtidsplan for foretaksgruppen for de fire kommende årene, med regionale vurderinger knyttet til handlingsrom for investeringer over en ti-årsperiode. Gjeldende økonomisk langtidsplan omfatter 2016 – 2019, og ble styrebehandlet i juni 2015. Økonomisk langtidsplan skal gi et grunnlag for en samlet, regional vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utbyggingsprosjekter i helseforetaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Denne vurderingen er basert på forutsetninger om inntektsutvikling, aktivitetsutvikling og medisinskfaglige prioriteringer. Disse forutsetningene justeres for krav og føringer som gis i de årlige statsbudsjetter, samt oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoll for det enkelte år.

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

Realisering av en tilstrekkelig positiv resultatutvikling i helseforetaksgruppen er avhengig av at det skjer en faktisk kostnadstilpasning og produktivitetsvekst i tråd med det som er lagt til grunn i helseforetakenes økonomiplaner. Gjennomføringen av planlagte bemanningstilpasninger og andre planer vil kreve sterk og kontinuerlig ledelsesmessig fokus på endringsprosesser, herunder muligheter for å effektivisere arbeidsprosesser, løse opp flaskehalsen i behandlingsforløpene, og ta ut effektiviseringsgevinster i alle deler av virksomheten. For å få dette til er det avgjørende at alle prosesser er forankret med de ansatte og deres organisasjoner, og de ansatte må trekkes inn i planene på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Det er nødvendig å prioritere mellom investeringsprosjekter ut i fra regionale og foretaksspesifikke behov og perspektiv. Det regionale helseforetaket spiller en viktig rolle i dette ved at den etablerte finansieringsmodellen for investeringer gir regionalt større finansieringssevne for store prosjekter som IKT og bygg, og medfører at regionen kan gjennomføre prosjekter tidligere enn om hvert enkelt helseforetak skulle finansiere selv. I tillegg sikrer dette sentral koordinering og finansiering av regionale, standardiserte prosjekter som f.eks felles IKT løsninger, og unngår at hvert enkelt helseforetak har ulike IKT systemer. Dette vil over tid sikre en effektiv regional samhandling som vil ha kvalitetsmessige og økonomiske positive konsekvenser.

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

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

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

En nødvendig forutsetning for regionens langsiktige økonomiske bæreevne forutsetter blant annet hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling innenfor og mellom sykehusområdene i helseregionen. Det er utarbeidet en samlet gjennomgang og vurdering av kapasitet og funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen. Det videre arbeidet med dette vil bli sett i sammenheng med føringer som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

### **5.5.8 Personell og kompetanse**

Gjeldende plan for strategisk utvikling (2013-2020) legger føringer for utvikling av den samlede virksomheten i Helse Sør-Øst, herunder HR-området. Vår handlingsplan på dette området knytter an til tre strategiske innsatsområder:

- styrket ledelse
- riktig kompetanse
- god ressursstyring

Helse Sør-Øst RHF's HR-innsats i 2016 vil særlig være rettet mot følgende mål og aktiviteter innen disse områdene:

### **Riktig kompetanse**

Arbeidet med strategisk kompetanseutvikling, som ble initiert som eget prosjekt i 2013-14, videreføres med prioriterte tiltak i 2016.

Helse Sør-Øst RHF har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet ledet arbeidet med Fremskrivningsprosjektet knyttet til utvikling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette innebar utarbeidelse av et felles innspill til aktivitetsutvikling frem mot 2030 fra de regionale helseforetakene.

Dataene fra dette prosjektet skal også benyttes til å utlede samlet behov for personell og spesifikke kompetanseprofiler. Resultatene herfra vil derfor gi viktig input til vår langsiktige kompetanseplanlegging. For at nasjonal bemanningsmodell skal være et nyttig scenarieverktøy lokalt, regionalt og nasjonalt må det i 2016 gjennomføres prosesser for å kvalitetssikre og videreutvikle datagrunnlaget, spesielt vil kvalitetssikring og videreutvikling av HR data i modellen kreve en innsats i 2016. For øvrig vil vår innsats i 2016 konsentreres om følgende tiltaksområder:

- Oppdatering av kunnskapsgrunnlaget, dvs. ajourføring av regional behovsanalyse basert på rapportering fra helseforetakene, resultater fra *Fremskrivningsprosjektet* og data fra evt. andre eksterne og interne kilder
- Utarbeide en plan for å møte kompetansebehovet for leger og sykepleiere i årene fram mot 2030
- Implementering av verktøy for kompetanseplanlegging

### **Bedre ressursstyring**

Bedre ressursstyring har i 2015 vært en del av ordinær drift og gjennomført i foretakene i henhold til modell for regional modell for bemanningsplanlegging- "BRASSE". Det regionale helseforetaket har arbeidet systematisk med å støtte og følge opp helseforetakenes arbeid med ressurs- og aktivitetsanalyser, bemanningsplanlegging samt dokumentasjon og oppfølging av arbeidstidskonsekvenser.

Riksrevisjonen kom høsten 2015 med en rapport knyttet til styring og ledelse av pleieressurser som påpeker at foretakene fortsatt har et potensial for å utvikle enda bedre systemer for god bemanningsplanlegging. Helse - og omsorgsdepartementet kom i revidert oppdragsdokument for 2015 med klare føringer for 6 måneders planleggingshorisont på poliklinikker, noe som forsterker kravet til langtidsplanlegging av bemanningsressurser.

Med dette som grunnlag vil Helse Sør-Øst RHF forsterke innsatsen og prioritere følgende tiltak for 2016:

- videreutvikling av metodikk for god ressursstyring og langtidsplanlegging
- rutiner for å sikre dekkende og oppdaterte bemanningsplaner i tråd med intensjonene om aktivitetsstyrt og tilpasset bemanning
- planer og dokumentasjon for håndtering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- oppfølging av arbeidet med flere faste og hele stillinger
- personalpolitiske tiltak rettet mot reduksjon av ventetider og fristbrudd (retningslinjer for bierverv, kveldspoliklinikk, sommerferieavvikling m.m.)
- monitorering av bierverv ved innføring av Fritt behandlingsvalg

## **Styrket ledelse**

Helse Sør-Øst RHF's "konsept for lederutvikling" ligger som en felles ramme for helseforetakenes lederutviklings tiltak og sikrer at tiltakene får virksomhetsutviklende effekt.

Arbeidet med å gjennomføre tiltak for ledere og ledergrupper, som tar utgangspunkt i det utfordringsbilde foretakene står overfor, skal i tråd med tidligere føringer videreføres og videreutvikles i 2016. Innholdsmessig vil arbeidsgiverrollen, effektiv ressursstyring og kompetanseutvikling og -tilpassing styrkes.

## **5.5.9 Bygningskapital – status og utfordringer**

Eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst drives og følges opp i henhold til vedtatt eiendomsstrategi, som på sikt skal føre til bedre bygg for bedre helsetjenester.

### **Strategien**

Den vedtatte eiendomsstrategi har følgende fokusområder for perioden 2013-2020

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

### *Tilstandsregistrering og vedlikehold*

Fra regionalt hold er helseforetakene pålagt å drive tilstandsbasert vedlikehold, og lukke myndighetspåviste avvik og avvik fra lover og forskrifter. Oppfølging av planarbeid samt prioritering av vedlikehold vil fortsatt være et hovedsatsingsområde i de nærmeste årene. Godt vedlikeholdte bygg er viktig for god pasientbehandling, sikkerhetsarbeid samt klima og miljø. I statsbudsjettet for 2016 er det gitt lånetilsagn for planlagte vedlikeholdsprosjekter ved Oslo universitetssykehus. Dette prosjektet skal lukke avvik og gjøre det mulig å drive forsvarlig klinisk virksomhet i definerte bygg.

### **Klima og miljø**

Kunnskap fra FOU prosjektet Lavenergisykehuset som ble avsluttet i 2014 skal implementeres i drift og prosjektorganisasjonene i regionen. Det er i dette prosjektet utarbeidet om lag 30 veiledere innenfor ulike fagområder. Disse er basert på oppdatert kunnskap om beste praksis og vil gi nyttig kunnskap både for prosjektering av nye bygg og ved drift/vedlikehold/utskifting i eksisterende bygg.

### **Bruk av BIM**

Helse Sør-Øst RHF har intensjonsavtale sammen med flere større offentlige eiendomsbesittere om krav til bruk av åpne standardiserte løsninger- "open BIM". BIM (Bygningsinformasjonsmodellering) som verktøy har et stort potensial for å effektivisere og forbedre kvalitet i byggeprosesser. For rasjonell samhandling av informasjon mellom aktører og andre IKT programmer er det viktig at åpne standarder for kommunikasjon benyttes.

Det arbeides også aktivt for å kunne implementere dette i forvaltning og drift av bygningsmassen.

Helse Sør-Øst RHF har sammen med andre offentlige byggherrer undertegnet et statement ovenfor leverandører med krav om at det etter juli 2016 kun skal benyttes åpen BIM i prosjektene.

### **ByggIT**

Prosjektet *ByggIT* har levert en forprosjektrapport som beskriver målbildet for IKT-tjenester og satsingsområder innen eiendomsområdet.

Det er stort behov for gode moderne IKT tjenester for å kunne utvikle bygg og eiendom i takt med endrede krav til leveranser og dokumentasjon.

Prosjektet har pekt på en rekke hovedmålsettinger som det må arbeides videre med i årene fremover, f. eks.:

- Bygg informasjon fra ”vugge til grav”. Informasjon fra planlegging, bygging og driftsfase skal være tilgjengelig og oppgradert gjennom byggets levetid. Bruk av åpen BIM skal utvikles videre fra erfaringene med prosjekt *Nytt østfoldsykehus*.
- Mobile løsninger, bruk av nettbrett og applikasjoner for disse.
- Sømløs kommunikasjon internt og eksterne med rådgivere, arkitekter og myndigheter

### **Etablering og bruk av Sykehusbygg HF**

Sykehusbygg HF ble formelt etablert høsten 2014. Det vil være en viktig oppgave for regionen å bidra til at selskapet blir overført oppgaver og tilført ressurser for å kunne gjennomføre oppgaver som planlagt. Oppstartsperiode må forventes å vare i ett til tre år med hovedvekt på 2015.

Sykehusbygg HF vil være viktig leverandør av tjenester for gjennomføring av regionens strategiske målsettinger innen for eiendomsområdet.

Det nye helseforetakets virksomhet omfatter hovedkategoriene fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som det nye helseforetaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra et eller flere RHF/HF. Fellesoppgavene vil bestå av faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver.

Det settes krav til at Sykehusbygg HF skal ha prosjektledelse for de store nye prosjektene, og være involvert i planlegging av disse. Det er etablert et interregionalt brukerforum som følger opp leveransene fra Sykehusbygg HF's fellestjenester.

### ***Oslo universitetssykehus***

Foretaket er i ferd med å fullføre arbeidet med en samlet idéfase for somatikk, psykisk helse og avhengighet i foretaket. Ut fra dette arbeidet foreslås det hvilken hovedretning for utbyggingen ved Oslo universitetssykehus som velges, og hvilke selvstendige delprosjekter som først skal føres videre i planleggingen.

Styret i Helse Sør-Øst behandlet i 2014 både nasjonal rapport om etablering av regionale protonsentre og regional rapport om etablering av et protonsentre ved Oslo universitetssykehus. De fire regionale helseforetakene er gitt i oppdrag å utarbeide felles konseptrapport. Arbeidet skal ledes av Sykehusbygg HF og konseptrapporten skal ferdigstilles innen 1. august 2016. Det er i statsbudsjettet for 2016 meddelt at etableringa av protonterapi blir delvis tilskuddsfinansiert.

I tillegg til ordinære løpende investeringer i foretaket er det etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av tilsynsavvik innenfor brann og arbeidsmiljø. Det er gitt lånemidler til dette i statsbudsjettet for 2016, med et totalt tilsagn på ca. 1,3 millioner kroner i lån i perioden 2016-2019. Dette er første trinn i en vedlikeholdsplanlegging som skal sørge for at byggene er forsvarlig å bruke fram til nye bygg helt eller delvis kan overta funksjonene.

### ***Sykehuset i Vestfold***

Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent for gjennomføring i juni 2014. Prosjektet er kostnadsberegnet til ca. 2,5 mrd. kr. og er foreløpig planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2020. Sykehuset i Vestfold er i gang med forprosjektfasen.

### ***Sykehuset Innlandet***

Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjente, med bakgrunn i foretakets utviklingsplan oppstart av idéfase i styresak 066-2014.

### ***Sykehuset Telemark***

Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppstart idéfase når en komplett revidert utviklingsplan foreligger fra Sykehuset Telemark våren 2016.

### ***Sykehuset Østfold***

Sykehuset ble tatt i bruk som planlagt i perioden april til november 2015.

### ***Sørlandet sykehus***

Sørlandet sykehus har arbeider med en utviklingsplan, som ferdigstilles etter at nasjonal helse- og sykehusplan er vedtatt. Helseforetaket arbeider parallelt med konseptfase for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Dette konseptet vil bli avstemt med hovedtrekkene i den foreløpige utviklingsplanen, og har blitt bearbeidet i en prosess hvor Helse Sør-Øst RHF også har deltatt og ledet en prosjektgjennomgang/kvalitetssikring. I denne prosessen har prosjektet blitt noe redusert i størrelse og investeringsbehov. Konseptfasen er planlagt behandlet i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2017-2020.

Ombyggingen av operasjon og intensiv i Kristiansand, er avsluttet etter fase 1, og videre oppgradering vil bli sett i sammenheng med videre utvikling av sykehuset.

### ***Vestre Viken***

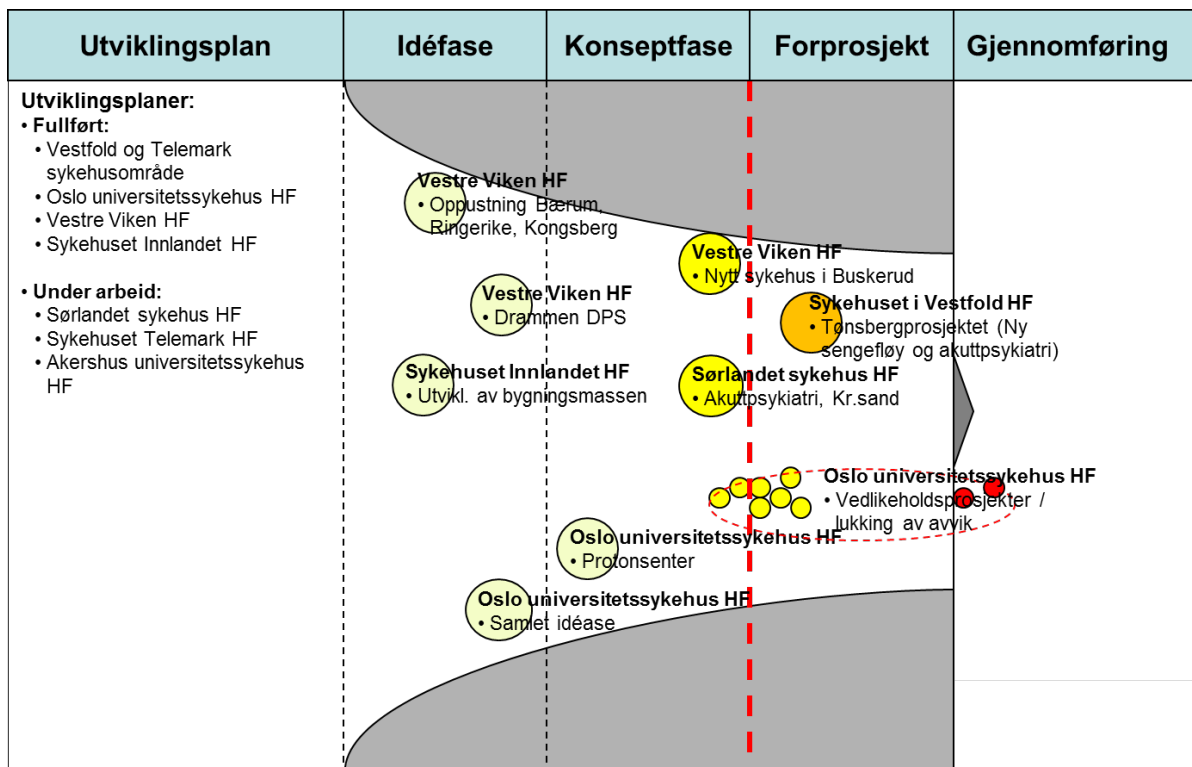
Planene for nytt sykehus i Drammen ble vedtatt videreført til konseptfase i styret i Helse Sør-Øst i juni 2014, og antatt byggeperiode er 2017-2021/22.

Konseptfasearbeidet er fulgt tett av Helse Sør-Øst RHF gjennom egen oppfølgingsgruppe.

Det er lagt opp til at konseptfasen behandles i Helse Sør- Øst RHF i forbindelse med økonomisk langtidsplan for 2017-2020.

### Samlet status

Samlet oversikt per desember 2015 over utviklingsplaner og større investeringer er illustrert i nedenstående figur:



### 5.6 Det regionale helseforetakets strategier og planer

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

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

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

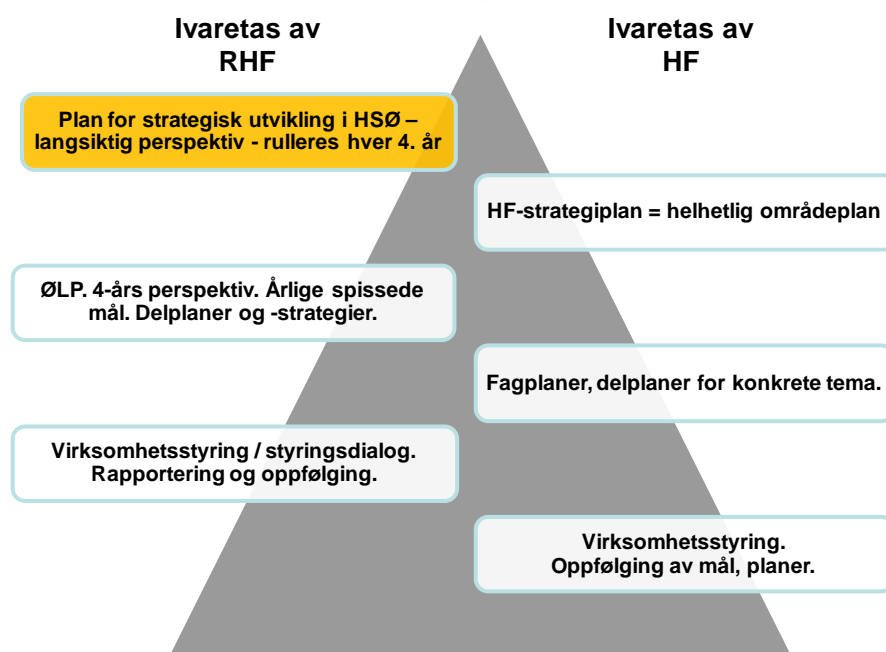
For å utvikle pasienttilbudet videre ut fra pasientenes behov vil kvalitet, trygghet, kompetanse og ledelse være avgjørende. På grunnlag av overordnede strategiske valg og konkretiserte planer for det videre arbeid skal helseforetakene være en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

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

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

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

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



### 5.6.1 Strategier for perioden 2013-2020

Nedenfor gjengis utdrag fra *Plan for strategisk utvikling 2013-2020*. Planen er tilgjengelig i sin helhet på våre hjemmesider [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no).

#### Pasientbehandling

*Tjenestutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov.*

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

*Kvalitet og pasientsikkerhet skal prioriteres i alt vi gjør.*

1. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet bygges på kunnskap og engasjement blant ansatte, tydelig ledelse og forankring i styret



2. Åpenhetskultur utvikles gjennom systematisk måling og oppfølging av resultater og brukererfaringer, identifisering av risikoområder og forbedringstiltak
3. Forbedringsarbeid ledes av sentrale helsearbeidere.
4. Ledelsen i pasientnær virksomhet får synlig støtte i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

*Samhandling styrkes for bedre helse og bedre tjenester.*

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

*Rett behandling på rett sted.*

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

*Det utvikles tettere samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester.*

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

## **Forskning og innovasjon**

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

1. God balanse mellom klinisk relevant basalforskning og anvendt forskning skal sikres, for å bidra til at ideer fra grunnforskningen kommer til praktisk nytte i pasientbehandlingen
2. Tverrfaglighet og flerfaglighet i forskning skal fremmes, ved at forskningskompetansen for ulike profesjoner utvikles gjennom kompetansehevende tiltak
3. Samlet ressursbruk til forskning og innovasjon skal på sikt øke til fem prosent av helseregionens driftsbudsjett, og effekten av økt ressursbruk skal dokumenteres
4. Det utvikles tiltak for gjensidig faglig styrking, god ressursutnyttelse og økt internasjonal konkurransevne og bedret mulighet for ekstern finansiering

5. Forskningsmiljøer som spesielt kan bidra innen helsetjenesteforskning og samhandlingsforskning skal styrkes
6. Regionale forskningsmidler skal hovedsakelig være gjenstand for utlysning der det konkurreres på kvalitet og gjennomførbarhet av prosjekter og tiltak

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

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

### **Kunnskapsbasert praksis**

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

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

### **Virksomhetsutvikling gjennom mobilisering av ledere og medarbeidere**

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

1. Være en resultatorientert arbeidsgiver som sørger for planlegging av drift og utvikling av virksomheten i henhold til fastsatte mål, opptrer samfunnsansvarlig og som bidrar til helsefremmende arbeidsplasser
2. Bemanne riktig og utvikle rett kompetanse for å sikre en effektiv og trygg tjeneste
3. Utvikle ledere og medarbeidere med vilje til å omsette de ressurser og muligheter som finnes til å skape en stadig bedre helsetjeneste
4. Involvere medarbeidere på systematisk vis i forpliktende dialoger om måloppnåelse og forbedring av virksomheten

## **Organisering og utvikling av fellestjenester**

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

### *Teknologi og eHelse*

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

### *Innkjøp og logistikk*

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

### *Eiendom*

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

## **Bærekraftig utvikling gjennom økt handlingsrom**

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

1. Varig økonomisk bæreevne skal skapes gjennom økt økonomisk handlingsrom, ved gode prioriteringer og realisering av gevinster av utviklingsarbeid og investeringer
2. Pågående endringsprosesser skal gi bedre behandlingskvalitet og bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse
3. Ressursfordelingen mellom sykehusområdene i regionen skal gi mulighet for å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen

4. Helseforetaksgruppen skal levere økonomiske resultater som sikrer et nødvendig investeringsnivå

### **5.6.2 Regionale delstrategier og planer**

- Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
- Regionalt fagsenter for kvalitetsregistres strategi og handlingsplan for 2015
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- Spesialisthelsetjeneste for eldre - handlingsplan for 2010-2020 (ny plan er under utarbeidelse)
- Likeverdige helsetjenester - fokus på pasienter med innvandrerbakgrunn
- Ivaretagelse av pasientrettigheter - sykehusenes rutiner og praksis.
- Veileder for samhandling
- Regionale utviklingsområder - rehabilitering
- Regionale utviklingsområder - habilitering
- Regionale utviklingsområder - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk
- Regionale utviklingsområder - psykisk helsevern
- Regional plan for fødselsomsorgen
- Funksjonsfordeling karkirurgi
- Funksjonsfordeling kreftbehandling m/handlingsplan
- "Økt frivillighet" - Regional plan for riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst
- Videreutvikling av prehospitaltjenester i Helse Sør-Øst
- Praktisk gjennomføring av organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter - traumesystemet i Helse Sør-Øst
- Tiltak for å forebygge infeksjoner - fokus på håndhygiene
- Kunnskapsutvikling og god praksis - sikring av kunnskapsbasert praksis i pasientbehandlingen og gode pasient- og behandlingsforløp
- Regional strategi for forskning og innovasjon, med tilhørende handlingsplaner
- Regional HR-strategi 2014-2017
- Strategisk kompetanseutvikling
- Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS) 2015 - 2020
- 13 prinsipper for brukermedvirkning
- Regional strategi for pasient- og pårørendeopplæring 2013-2016
- Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (investeringsprosjekter fram til 2035). Rulleres årlig.
- Eiendomsstrategi for Helse Sør-Øst RHF
- Finansstrategi
- IKT-strategi 2015-2020 – et fornyingsprogram for standardisering og teknologiske løsninger
- Gjennomføringsplan 2015 ”*Digital fornying*” (prioriteringer og tildeling 2014, rulleres årlig)
- Strateginotat IKT i prehospitaltjenester 2015-2020
- Strategisk utvikling av innkjøp og logistikk i Helse Sør-Øst
- Strategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester
- Plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister mot 2020
- Regional beredskapsplan
- Regional plan for smittevern i Helse Sør-Øst - omfatter også regional pandemiplan
- Regional IKT-beredskapsplan

## 6. Vedlegg

### 6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

I vedlegg til årlig melding 2015 vises i tillegg til gjennomsnittstall for hele regionen, laveste og høyeste måloppnåelse på helseforetaksnivå for aktuelle styringsparametre. Den informasjon som disse tallene gir, inngår i grunnlaget for vurderinger og tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet fra helseforetakene. Det vises for øvrig til omtale annet sted i årlig melding av arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon.

Styringsparametre	Data-kilde	2013	2014	2015	Mål
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Helse-direktoratet	73,4	72,7	68,4	0 %
		H: Ahus 86,8 L: DS 61,1	H: OUS 86,0 L: DS 54,7	H: LDS 89,2 L: Sun 51,7	

Styringsparametre	Data-kilde	2013	2014	2015	Mål
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	Helsedirektoratet	7,2 %	6,3 %	5,3 %	0 %
		H: OUS 15,8 % L: DS 0,5 %	H: OUS 14,5 % L: Sun 0,0 %	H: OUS 13,2 % L: DS 0,2 %	

#### Forkortelser som er benyttet i tabellene:

Ahus	Akershus universitetssykehus	H: høyeste
OUS	Oslo universitetssykehus	måloppnåelse
Sun	Sunnaas sykehus	L: laveste
SiV	Sykehuset i Vestfold	måloppnåelse
SI	Sykehuset Innlandet	
ST	Sykehuset Telemark	
SØ	Sykehuset Østfold	
Ss	Sørlandet sykehus	
VV	Vestre Viken	
Bet	Betanien Hospital	
DS	Diakonhjemmet Sykehus	
LDS	Lovisenberg Diakonale Sykehus	
MHH	Martina Hansens Hospital	
Rev	Revmatismesykehuset	

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse	Helse-direktoratet	14,1	12,2	13,0	13,3	20 %	Det arbeides aktivt og målrettet med slagbehandlingen i Helse Sør-Øst. Våren 2015 ble det etablert et midlertidig fagutvalg hjerneslag i Helse Sør-Øst som skal utarbeide en overordnet modell for hjerneslagbehandlingen i Helse Sør-Øst. Fagutvalgets rapport er planlagt styrebehandlet juni 2016.	Annet tertial 2015 13,3 prosent. Målet er ikke nådd.
		H: ST 25,0 L: SiV 11,3	H: Ss 24,7 L: SI 6,7	H: Ss 25,7 L: SI 8,0	H: OUS 18,5 L: SI 10,7			

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helse- direktoratet</i>			75 %	75 %	<i>70 % ved årsslutt</i>	Helseforetakene følges opp per måned på måltallene	Tredje tertial 2015: 72 prosent Helse Sør-Øst RHF hadde ved årsslutt en andel på 73 prosent på kreftpasienter som er definert i et pakkeforløp (tall fra Helsedirektoratet/NPR).
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helse- direktoratet</i>			70 %	58 %	<i>70 % ved årsslutt</i>	Helseforetakene følges opp per måned på måltallene. Det arbeides både med korrekt og harmonisering av koding og med å bedre kapasitetsutfordringer	Tredje tertial 2015: 67 prosent Helse Sør-Øst RHF hadde ved årsslutt en andel på 64 prosent på kreftpasienter som er behandlet innen standard forløpstid (tall fra Helsedirektoratet/NPR). Det er knyttet noe usikkerhet til tallene, men det er særlig utfordringer knyttet til pasienter med prostata- og brystkreft. Dette skyldes kapasitetsutfordringer knyttet til radiologi, patologi og kirurgisk behandling.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	<i>Helse- direktoratet</i>	<i>Indikatoren reinnleggelser uavhengig av diagnose og alder rapporteres ikke lenger på Helsenorge.no. Indikatoren reinnleggelser for eldre er publisert og viser at Helse Sør-Øst ligger på gjennomsnittet sammenlignet med de andre helseregionene. (Andelen for reinnleggelser for eldre er 15,4 %.)</i>					Utviklingen i antall reinnleggelser følges. Dette gjelder spesielt for de pasienter som har hatt status som utskrivningsklare ved sist innleggelse. Godt samarbeid med kommunehelsetjenesten, utveksling av nødvendig informasjon, videreutvikling av elektronisk meldingsutveksling og oppfølging av pasientsikkerhetsprogrammets punkt om medikamentsamstemming er viktige tiltak som er iverksatt.

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	<i>Indikatoren foreligger ikke for 2013</i>	91,4 % H: Ahus 99,7 L: SI 81,3	Annet tertial 2015 91,4 prosent. Det store flertallet av pasienter med akutt hjerneslag i Helse Sør-Øst legges direkte inn på slagenhet. Syv av totalt 20 sykehus som tar imot slagpasienter, har ifølge Norsk hjerneslagregister, imidlertid en lav dekningsgrad i registrert. Tallet er derfor beheftet med en viss usikkerhet. Det er behov for videre arbeid slik at rapporteringen til hjerneslagregisteret kan bli mer komplett.

Styringsparametre	Datakilde	mai 2015	november 2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Folkehelse-instituttet</i>	4,9 % H: Ahus 3,3 % L: LDS 12,3 %	4,5 % H: Sun 2,0 % L: Ss 6,4 %	I 2015 er det gjennomført 4 prevalensmålinger av helsetjenesteassosierte sykehusinfeksjoner i Helse Sør-Øst. Første halvår er offisielt tall for hele regionen på 4,9 prosent. Prevalenstall for annet halvår 2015 foreligger først i mars fra Folkehelseinstituttet FHI. Alle helseforetak og sykehus rapporterer som pålagt i NOIS, og alle deltar aktivt i pasientsikkerhetsprogrammet som med sine satsninger relatert til sykehusinfeksjoner bidrar til fokus og forbedring på sikt. Det er økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, spesielt ved Oslo universitetssykehus. Det er tatt initiativ i regionen til MRSA-prøvetaking av flyktninger. Regional Smittevernplan ble revidert i 2015 og de aller fleste helseforetak har handlingsplaner for smittevern i tråd med denne. Mot slutten av 2015 er det fra regionalt hold lagt til rette for etablering av antibiotikastyringsprogram, noe som vil operasjonaliseres i 2016.

Rapporteringskrav	Datakilde	2013		2014		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>	<i>Helse-direktoratet (SSB)</i>	Sykehus	5 147 59 %	Sykehus	5 277 59 %	Alle helseforetak/sykehus følger fortsatt dette målet som utgangspunkt i egen tjenesteutvikling. Det er en god fordeling av de ulike profesjoner og DPSene har særlig styrket egen lege- og psykologdekning. De økte krav til aktivitet til psykisk helsevern stilles primært til poliklinisk aktivitet, og det beskrives også en vekst i årsverk ved DPS. Årsverk som måleparametere kan være lite egnet til å måle/dokumentere den helsepolitiske prioritering. Ved DPSene pågår det en utvikling for å øke kompetansen, på spesialistnivå og antall spesialister. Dette skjer bl.a. ved at personellturnover og -omstilling konverterer årsverk med lavere kompetanse/utdanning (og lønn) til lege- og psykologspesialister. Det betyr i praksis at to årsverk kan bli til ett. Statistisk kan det da se ut som antall årsverk ved DPS er redusert. Omstillingen er en ønsket og villet utvikling for at DPSene skal være i stand til og fremstå som en kompetent og forsvarlig, desentral og kommune-nær spesialisthelsetjeneste. Måling og sammenligning av antall årsverk, er ikke nødvendigvis lenger et like egnet parameter for å kvalitetssikre en ønsket utvikling som det var de første årene etter opptrappingsplanperioden.
		DPS	3 375 38 %	DPS	3 405 38 %	
		Andre inst.	265 3 %	Andre inst.	286 3 %	
		<b>Totalt</b>	<b>8 787</b>	<b>Totalt</b>	<b>8 968</b>	

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	94,7 H: SiV og LDS 95,4 L: SØ 92,8	95,1 H: DS 95,8 L: SØ 93,7		30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus har økt fra 94,7 i 2013 til 95,1 i 2014.
<i>Antall tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere i helseregionen</i>	<i>Helse-direktoratet</i>	1,7 H: OUS 0,5 L: ST 2,3	1,8 H: OUS 0,7 L: ST 2,3	<i>Redusert sammenlignet med 2013</i>	Andel tvangsinnleggelser har økt fra annet tertial 2014 (18,0 prosent) til annet tertial 2015 (20,4 prosent).

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	Kunnskapssenterets pasienterfaringsundersøkelse for 2014 viste at det var mindre forskjeller mellom helseregionene på pasienterfaringsindikatorerne. På regionnivå fikk Helse Midt-Norge den høyeste skåren på samtlige pasienterfaringsindikatorer og kom signifikant bedre ut enn gjennomsnittet på fire av indikatorerne. Basert på resultatene fra Kvalitetsbasert finansiering (KBF) der pasienterfaringsindikatorerne var en betydelig del av indikatorsettet gjorde Helse Sør-Øst det dårligere sammenlignet med tidligere år og mot de andre regionale helseforetakene.
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	Basert på Kunnskapssenterets siste undersøkelse om temaet (2014) finner ikke Helse Sør-Øst entydige konklusjoner om pasientenes erfaringer ved døgnavdelinger. Rapporten påpeker at det er forbedringspotensial på flere områder, herunder samarbeid med pårørende, forberedelse på tiden etter utskrivning, medvirkning, informasjon, forståelse og mestring av psykiske plager, tro på et bedre liv etter utskrivning og hvilket utbytte pasienten har hatt av behandlingen. I tillegg viste undersøkelsen forbedringsområder når det gjelder hjelp fra kommunen, hjelp fra helsetjenesten og samarbeid mellom ulike helsetjenester. Rapporten konkluderer imidlertid ikke om dette er forbedringer som gjelder enkelte helseforetak eller alle helseforetak generelt.



<b>Rapporteringskrav</b>	<b>Datakilde</b>	<b>Undersøkelser/resultater fra 2014</b>
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	Vi har tall for 2 målinger, i 2011 og 2014. Fastlegers tilfredshet i forhold til bemanning har økt fra 45,0 (2011) til 46,1 i 2014. For kompetanse er det en reduksjon fra 55,7 i 2011 til 55,4 i 2014. For veiledning en økning fra 33,4 i 2011 til 35,6. For henvisninger en reduksjon fra 52,2 i 2011 til 47,9 i 2014. For epikriser en økning fra 55,1 i 2011 til 56,6 i 2014. For ventetid er det konstant i begge årene på 42,5. For akutte situasjoner en økning fra 51,7 i 2011 til 52,8 i 2014. Samlet ligger Helse Sør-Øst under landsgjennomsnittet for alle variablene i 2014.
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	<i>Denne indikatoren er hos Nasjonalt kunnskapssenter oppdelt i 5 diagnoser, for brudd, hjerneslag, lungebetennelse, hjertesvikt og astma/ kols. Siste tall er fra 2013.</i>  Andel reinnleggelser for eldre innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter viser en reduksjon fra 15,8 i 2012 til 15,4 i 2013.

<b>Rapporteringskrav</b>	<b>Datakilde</b>	<b>Undersøkelser/resultater fra 2015</b>
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten</i>	Indikator er foreløpig ikke publisert fra Helsedirektoratet

## **6.2 Brukerutvalgets uttalelse til årlig melding 2015**

Brukerutvalget har gitt arbeidsutvalget fullmakt til å ta del i arbeidet med hovedprosesser i Helse Sør-Øst. Dette har skjedd i de regelmessige samarbeids- og innspillmøtene mellom Helse Sør-Øst RHF og arbeidsutvalget. Arbeidsutvalget har også hatt fullmakt til å utforme brukerutvalgets uttalelse til Helse Sør-Øst RHF's årlig melding 2015. Samlet brukerutvalg er forelagt årlig melding i møte 8. og 9. mars 2016. Brukerutvalget og Helse Sør-Øst RHF har felles oppfatning av resultat og utfordringer slik de er beskrevet.

### ***Kvalitet og pasientsikkerhet***

#### **Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet**

Brukerutvalget bidro aktivt til utvikling av strategien for kvalitet og pasientsikkerhet fra 2013 og er opptatt av at denne følges opp. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er sentralt i strategien. Det er nødvendig å holde kontinuerlig fokus på løpende oppfølging og varig endring. Brukerutvalget er positiv til Helse Sør-Øst RHF's satsning på kvalitetsregistre og -målinger som gir helseforetakene tilgang til sammenlignbare resultater fra ulike sykehus nasjonalt og internasjonalt.

#### **Pasientskader**

Det er knapt endringer i endringer i resultatene for sykehusinfeksjoner i foretaksgruppen. Samtidig øker utfordringen med multiresistente bakterier og antibiotikaresistens. Heller ikke GTT-tallene viser særlig positiv endring. Brukerutvalget mener Helse Sør-Øst RHF bør vurdere å sette mer ressurser inn på læring og forbedring på tvers for å redusere skader. Brukerutvalget har merket seg at det har vært problem med sikkerhet for leveranser av legemidler og mener dette må få økt oppmerksomhet.

#### **Kunnskapsbasert praksis og pasientforløp**

Utvikling av gode pasientforløp basert på prinsippet om kunnskapsbasert praksis er positivt. Arbeidet med innføring av pakkeforløp kreft er fulgt nøye. Brukerutvalget ønsker at innsatsen både på pasientforløp og pakkeforløp må forsterkes ytterligere og at erfaringer fra pakkeforløp kreft må overføres til andre diagnosegrupper. Arbeidet med pakkeforløp innen kreft må ikke resultere i nedprioritering av andre pasientgrupper. Det registreres fortsatt at brukerdeltagelse og representasjon fra kommuner varierer, og at det helhetlige pasientforløpet "fra hjem til hjem" ikke alltid ivaretas. Brukerutvalget ønsker, sett i lys av innføring av ny og mer effektiv behandling, at det holdes sterkt fokus på å fase ut udokumentert og mindre effektiv behandling.

#### **Strategisk kompetanseutvikling**

Brukerutvalget har merket seg at Helse Sør-Øst RHF også i 2015 har arbeidet med strategisk kompetanseutvikling for å møte framtidens behov for helsepersonell. Dette må prioriteres videre, samt ha økt oppmerksomhet mot nye yrkesgrupper for å møte behovene i framtidens helsetjeneste.

#### ***Digital fornying***

Brukerutvalget mener at standardiserte IKT-løsninger i helseregionen er en nødvendig forutsetning for å få kontroll på det pasientadministrative arbeidet. Brukerutvalget har gitt innspill til og støttet oppdatert strategi for *Digital fornying*. Arbeidet i programmet må gis meget høy prioritet, styres stramt, og ha større grad av nasjonal standardisering. Brukerutvalget har forståelse for arbeidets kompleksitet og risiko, men mener likevel innsatsen bør intensiveres med sikte på raskere gjennomføring. Brukerutvalget merket seg at *Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten* (DIS) fikk større oppmerksomhet i den oppdaterte versjonen, og ser fram til videre satsning i samarbeid med Nasjonal IKT og direktoratet for e-Helse. Brukerutvalget er særlig opptatt av

bredding av MinJournal bl.a. som et verktøy for innsyn i journalnotater. Videre er brukerutvalget opptatt av at det legges til rette for god informasjon til og kommunikasjon med pasienter som ikke bruker digitale verktøy. Selvbetjening vil bli mer og mer viktig, men det må også være papirbaserte løsninger.

### **Pasientadministrative system**

Det er avgjørende at det er kontroll på henvisninger, innkallinger, behandlingsfrister og andre dokumenter av betydning for behandlingsforløp og resultat. Brukerutvalget mener arbeidet må videreføres med uforminsket styrke. Pasienter som "blir glemt" i systemet er uakseptabelt. Felles pasientadministrativ journal for alle helseforetak i regionen vil bidra til økt pasientsikkerhet. Brukerutvalget registrerer at alle sykehusene nå utveksler Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO meldinger) med kommunene, og at nær alle kommuner sender og tar imot slike meldinger. Dette er en viktig milepel for kvalitet og pasientsikkerhet, og av særlig stor betydning for gruppen av eldre pasienter.

### **Prehospitale tjenester og akuttmottak**

Brukerutvalget har fulgt arbeidet med forbedring av de prehospitale tjenestene og bedre organisering av akuttmottakene. Brukerutvalget støtter opp under sluttrapporten for prehospitale tjenester og forutsetter at anbefalingene følges opp med økonomiske midler.

### **Samvalg - Informasjon og kommunikasjon**

Brukererfaringsundersøkelser og tilbakemeldinger fra Pasient- og brukerombud viser at det for ofte er svikt i informasjon og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter/pårørende. Dette kan lede til feil i diagnostisering og behandling, manglende egenoppfølging, samt at konflikter kan eskalere og bidra til svekket omdømme. Informasjon basert på beste kunnskap og god kommunikasjonskompetanse må prioriteres ytterligere i årene som kommer. Som ledd i dette arbeidet ønsker brukerutvalget at alle deler av helsetjenesten implementerer "samvalg"- en tilnærming der helsepersonell og pasient på likeverdig grunnlag deler den beste tilgjengelige kunnskap når beslutninger skal tas. Samvalg vil gi pasienter som ønsker det, støtte til å vurdere ulike alternativer for å kunne gjennomføre et informert valg av behandling.

### **Meldekultur og avvikshåndtering**

Brukerutvalget legger til grunn at Helse Sør-Øst har varslingskultur og åpenhet om håndtering av feil og mangler knyttet til pasientsikkerhet. God meldekultur og åpenhet er en nødvendig forutsetning for å utvikle lærende organisasjoner som gir trygge og forutsigbare tjenester. I 2015 ble det laget en regional standard som gir tydelige rammer for hvordan helseforetakene skal publisere uønskede hendelser. Brukerutvalget mener helseforetakene må følge denne standarden og har tro på at dette vil bidra både til en tryggere helsetjeneste og bedre omdømme. Det er også viktig at det er gode systemer der pasienter og pårørende enkelt kan gi sine tilbakemeldinger. Løpende orientering og tilbakemeldinger til pasienter, pårørende og ansatte som melder og varsler, må ivaretas.

### **Fordeling av oppgaver og funksjoner**

Helse Sør-Øst RHF har de senere år vedtatt funksjonsfordeling innen flere områder. Vedtakene må følges opp og kvalitet må måles. Brukerutvalget ønsker funksjonsfordeling når optimal bruk av utstyr og personalressurser kan lede til bedre kvalitet for pasientene. Samtidig må det arbeides aktivt med desentralisering av tjenester til lokalsykehus og overføring til kommunene.

### **Forskning og innovasjon**

Brukerutvalget ser positivt på satsningen på forskning og innovasjon. Det må legges økt vekt på at forskningsresultat overføres til praksis og resulterer i bedre behandling. Interregionale

retningslinjer for brukermedvirkning i forskning er styrebehandlet i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at arbeidet med brukermedvirkning i forskning følges opp.

### **Utsending av epikriser og korridorpasienter**

Det er store variasjoner mellom helseforetakene når det gjelder korridorpasienter innen somatikk. Når det gjelder antallet pasienter innen somatikk som får epikrise første dag synes det å være en positiv utvikling, mens andelen som får epikrise innen 7 dager ikke viser endring. Innen TSB er det færre som får epikrise innen 7 dager, mens voksenpsykiatrien har en mindre endring i positiv retning. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF om å følge opp sykehusene med størst utfordringer på disse områdene.

### **Pasientrettigheter og ventetider**

#### **Ventetider**

Brukerutvalget merker seg at det nå er færre pasienter som venter og at ventetiden er kortere. Det er også lavere antall og andel fristbrudd. Brukerutvalget har siden etablering vært positiv til "*Tilgjengelighetsprosjektet*". I tråd med ønske fra brukerutvalget, arbeides det med bedre bruk av kapasitet i poliklinikk. Brukerutvalget forutsetter at arbeidet med reduksjon i ventetid og fristbrudd ikke går på bekostning av oppfølging av andre pasienter i forløpet, samt voksne og barn som er kronikere. Målet må være å unngå all venting som ikke er faglig begrunnet. Det må være åpenhet om antall henvisninger som "avvises". Spesielt bør dette følges innen psykisk helsevern og TSB hvor kommunene i varierende grad har bygd opp sine tilbud.

Brukerutvalget mener arbeidet med å gi pasientene bekreftelse og tidspunkt i samme brev er viktig. Det vil bidra til forutsigbarhet for pasientene og bedre planlegging i sykehusene. Brukerutvalget er tilfreds med økning i andel som får bekreftelse og tidspunkt i samme brev, men merker seg at alle helseforetak/sykehus ligger langt unna målet om minimum 6 måneders planleggingshorisont som er et viktig virkemiddel for å nå målet. Det forutsettes at innsatsen styrkes.

#### **Kapasitet**

I 2015 er arbeidet med kapasitetsutnyttelse videreført, særlig i hovedstadsområdet. Brukerutvalget er tilfreds med at det har vært et konstruktivt samarbeid med aktuelle helseforetak og sykehus og deres brukerutvalg. Brukerutvalget understreker at det er et betydelig potensial for kapasitetsøkning i regionen dersom poliklinikkene holder lenger åpent og utstyr anvendes større deler av døgnet.

#### **Pasientrettigheter**

Brukerutvalget har merket seg endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. november 2015 og innsatsen for å møte lovkravene. Det er fortsatt behov for å øke helsepersonellens kunnskap om pasientrettigheter, slik at pasientene gis rett informasjon på alle steg i forløpet. Dette gjelder også fastleger, som mer aktivt bør gi pasientene informasjon om valgmuligheter.

Opgaver knyttet til utvikling av gode og likeverdige helsetjenester som ivaretar utfordringene i et flerkulturelt samfunn må fortsatt vektlegges. 2015 har gitt økte utfordringer med stor tilstrømming av flyktninger. Det er flere positive innsatser under utvikling og etablering. Brukerutvalget er fortsatt bekymret for sykehusenes tilrettelegging for pasienter som ikke behersker nordiske/ vestlige språk.

## ***Et koordinert helsetilbud***

### **Samhandlingsreformen**

Brukerutvalget støtter samhandlingsreformens mål og merker seg mange eksempler på god samhandling og felles tiltak. Tilbud i spesialisthelsetjenesten må opprettholdes inntil likeverdige eller bedre kommunale tilbud er bygget opp. Meldinger om at pasienter fortsatt skrives ut for tidlig og overføres til utilstrekkelige tilbud i kommunen registreres med bekymring.

Brukerutvalget har i flere runder gitt innspill til Helse Sør-Øst RHF sin statusrapport om samhandling, som i endelig versjon blir presentert for utvalget tidlig i 2016. Brukerutvalget har merket seg Riksrevisjonens rapport som påpeker at sårbare pasienter i kritiske overganger ikke ivaretas godt nok. Brukerutvalget mener videre at Helse Sør-Øst RHF må bidra aktivt til å sette kommunene i stand til å ta imot sykere pasienter. Gode rutiner for utskrivning er sentralt. Brukerutvalget ser fram til at "Samhandlingsportalen" blir tilgjengelig slik at sykehusene og kommunene får et godt verktøy for sammenligning og forbedring. Det blir viktig å utvikle og sammenstille flere relevante indikatorer for samhandling. Brukerutvalget merker seg økt samarbeid gjennom gjensidig faglig veiledning og hospitering, ambulante tjenester og utvikling av lokalbaserte tilbud. Initiativ bør evalueres og deles.

### ***Brukermedvirkning***

Brukerutvalgene er de viktigste organ for brukermedvirkning på systemnivå i Helse Sør-Øst. Brukerutvalget ser positivt på at det i 2015 er etablert systemer for brukerdeltagelse i interregionale/nasjonale fellestiltak og helseforetak og at det er lagt vekt på ytterligere styrking av regionale nettverk, samt at det gis anledning til å styrke regionalt brukerutvalgsnettverk. Mange helseforetak har i 2015 etablert ungdomsråd. På tjenestenivå har det i 2015 vært lagt særlig vekt på medvirkning i pakkeforløpene. På individnivå vil satsning på samvalg og pasient- og pårørendeopplæring være viktig.

### ***Brukererfaringsundersøkelser***

Brukerutvalget ser positivt på at Helse Sør-Øst RHF aktivt følger opp og bidrar til å holde fokus på brukererfaringsundersøkelsene og at disse skal brukes til forbedring. Det ses meget positivt på pilotprosjekt i samarbeid med Kunnskapscenteret og tre sykehus i regionen om å gjennomføre brukererfaringsundersøkelse på avdeling/post nivå. Det er ønskelig at dette videreføres, evalueres og spres til hele regionen.

### ***Avslutning***

Brukerutvalget er svært tilfreds med resultatene i 2015 for ventetider og fristbrudd. Det er også positivt at Helse Sør-Øst RHF samlet viser positive økonomiske resultater som på sikt gir grunnlag for nødvendige investeringer. Det registreres imidlertid at for mange helseforetak fortsatt har betydelige økonomiske utfordringer. Brukerutvalget er av den oppfatning at mangelfull måloppnåelse i stor grad handler om mangel på systematisk etterlevelse av egne systemer, rutiner og prosedyrer.

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

### 6.3 Oversikt over nasjonale kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt register for barne- og ungdomsdiabetes (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 % (både for nyoppdaget diabetes og årskontroll)	93 % (nyoppdaget diabetes, validert mot NPR) 97 % (utført årskontroll)	Kontinuerlig jobbing med informasjon for å redusere antall nei til samtykke. Dekningsgradsanalysen mot NPR viste mangler, skal søke REK om få identifisert disse behandlingsstedene og deretter invitere til samarbeid, slik at disse pasientene kan inkluderes i BDR, hvis de ønsker. Registeransatte besøker avdelinger ved behov for hjelp til datainnsamlingen. Når elektronisk datainnsamling vha eReg innføres, vil registeret besøke hver avdeling og gi opplæring/veiledning. Skriftlig veileder skal distribueres og er også tilgjengelig på <a href="http://www.barnediabetes.no">www.barnediabetes.no</a>	Datakvalitet alltid tema på årlig nasjonalt heldagsmøte. Forventer kvalitetsforbering av data ved overgang til eReg-løsningen. Avdelingene kontaktes alltid ved mangler, avvik og senkomplikasjoner. Lagring og tilgang til data er ihht gjeldende lover og forskrifter. Prosjektkoordinator i BDR alltid tilgjengelig for spm om dataregistering og rapportering, og info lagt på registerets hjemmeside.
<i>Norsk nyfødtemedisinsk kvalitetsregister (Oslo universitetssykehus, del av Medisinsk fødselsregister)</i>			
100 %	99 %		Årlig tilbakemelding/rapporter til deltakende avdelinger om datakvalitet i form av kompletthet og korrekthet i registreringene. Årlige brukerkonferanser for fagmiljøene om bl a bruk av dataprogrammet (Neonatal)
<i>Norsk nefrologiregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 %	100 %	Gode og innarbeidede systemer for kontroll av at dekningsgrad (f.eks. sammenligner antall transplantasjoner ved Oslo universitetssykehus, som utfører samtlige transplantasjoner, med antallet i registeret).	Systemer for kvalitetssikring av data, bl.a. logiske regler for registrering samt faglig kvalifiserte registrarer.

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt traumeregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
3 av 4 traumesentre (75 %) og 15 av 36 sykehus (42 %) registrerte $\geq 1$ traumer/hendelser med ulykkesdato i 2014.	605 traumer/hendelser ble innregistrert i 2014. Disse dataene er samlet kun i forbindelse med pilotering av den elektroniske løsningen. Dette representerer en liten del av traumepopulasjonen og er ikke representativ for traumebehandling i Norge. Beregning av dekningsgrad på individnivå ikke gjennomført.	Oppstart ordinær, fullskala drift startet januar 2015. Per september 2015 har tre traumesentre og 34 sykehus etablert tilgang til Nasjonalt traumeregister via Norsk helsenett, hvilket utgjør 93 prosent av alle institusjoner som skal levere data til Nasjonalt traumeregister. Utviklet klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasienter skal registreres. Definisjonskatalog for hvilke variabler, herunder kodeveiledning og brukermanual. Kodekurs for alle som skal registrere, for å sikre felles forståelse mm. Arbeides med prosedyrer for pasienter som ikke har møtt traumeteam (bl.a. de som dør på skadested) for å forbedre dekningsgraden.	Planlagt prosjekter for å sikre validitet og reliabilitet for variabler/målemetoder med tanke på skadegradering samt kartlegge div faktorer med betydning for datakvalitet (organisatoriske forhold, registrars erfaring mm og arrangere kodekurs for sistnevnte gruppe).
<i>Norsk kvalitetsregister for døvblinde (Oslo universitetssykehus)</i>			
100 %	40,30 %		Det oppgis å være varierende kvalitet på data om syn og hørsel, da registerets ansatte per 2014 verken hadde medisinsk eller annen spesifikk kompetanse. Kodeverket for medisinske diagnoser for døvblinde er svært mangelfullt.
<i>Kvalitetsregister for demens (Oslo universitetssykehus)</i>			
16 poliklinikker deltar.	Innsendte registreringer fra de 16 poliklinikkene varierer fra 60 til 95 %.	Pågår kartlegging av totalt antall poliklinikker som utreder demens og som kan være aktuelle for deltakelse i registeret. Planlagt besøk til alle helseregioner for å informere og rekruttere flere sentre. Markedsføring av registeret ved hjemmeside, artikler i fagtidsskrifter, presentasjoner på konferanser.	Startet prosess for enklere datasett og revisjon av brukerveiledning. Samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse om felles kartleggingsmetoder/instrumenter. Prosess startet, i samarbeid med Regionalt servicemiljø for kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst, om elektronisk innregistreringsløsning.

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Norsk kvinnelig inkontinensregister (Oslo universitetssykehus)</i>			
89,20 %	73,90 %	Jobbes aktivt med inkludering av ikke-registrerende avdelinger.	Utviklet og prøvd ut komplikasjonsmodul for å finne ikke-registrerte komplikasjoner (som opptrer etter operasjoner). Siste versjon av dataprogrammet muliggjør kontroll av at alle pasienter finnes i PAS-systemet og omvendt, og tilbakemelding til avdelinger om feilregistreringer kan gis. Nye rutiner for intern kvalitetssikring av data.
<i>Nasjonalt register for HIV (Oslo universitetssykehus)</i>			
Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)	Ikke aktuelt (mangler konsesjon til å samle data)
<i>Nasjonalt hjertestansregister (Oslo universitetssykehus, del av Hjerne- og karregisteret)</i>			
For hele 2014: 52,6 % (10 av 19 HF). F.o.m. oktober 2014: 68 %	Ikke oppgitt, vanskelig å beregne	Arbeides kontinuerlig opp mot alle lokale kvalitetsregistre for å sikre at alle pasienter som fyller inklusjonskriteriene legges inn i registeret. To årlige samlinger for registrarer, der bl.a. IT-løsning for innrapportering gjennomgås.	Anbefalt helseforetakene å opprette lokale kvalitetsregistre, kan gi økt engasjement, økt effekt av registeret og bedre datakvalitet. Utviklet e-læring for prehospitalt personell for å sikre lik og nøyaktig rapportering. Minnet helseforetakenes fagdirektørene om ansvar. Fulgt opp lokale registrarer ved besøk. Samling for registrarer i forkant av registerets formelle åpning mars 2015. Planlegger årlige samlinger. Når større datamateriale foreligger ønskes validering opp mot eksterne kilder som rapporterer til svenske og danske hjertestansregistre. Er opprettet samarbeid og gjøres studier på tvers av land i Europa (EuReCa).
<i>Det norske hjertekirurgiregisteret (Oslo universitetssykehus, del av Hjerne- og karregisteret)</i>			
100 %	100 %	FHIs koblinger mot NPR-data verifiserer den høye dekningsgraden. Koblinger hittil har kun avslørt mindre forskjeller. DRG-refusjon tilknyttet hvert inngrep sannsynliggjør at dekningsgraden er tilnærmet komplett.	



Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Norsk pacemaker og ICD-register (Oslo universitetssykehus, del av Hjerne- og karregisteret)</i>			
100 %	100 %	Fordi registrering gjøres "bedside" og er nødvendig for oppfølging av pasienten, antas dekningsgraden å være nær komplett.	Nåværende register består av lokale registre som eksporterer data som summeres, er en utfordring for å unngå dobbeltregistrering. Det arbeides med en ny løsning som skal eliminere nevnte feilkilder samt identifisere komplikasjonsdata.
<i>Cerebral pareseregisteret i Norge (Sykehuset i Vestfold)</i>			
100 %	86 %	Dekningsgradsanalyse utført, har gitt økt oppmerksomhet om innhenting av manglende samtykker. Mottatt prosjektmidler til å besøke habiliteringstjenestene der det mangler flest skjemaer/registeringer. Dekningsgradsanalysen har økt antall samtykker, men andelen 5-årsregistrering blir naturlig nok da lavere enn antall nyregistrerte. Arbeidet med den elektroniske innregistreringsløsningen (MRS) fortsetter.	I forbindelse med at anonymiserte data sendes den europeiske CP-databasen, kjøres algoritmer for kvalitetssikring av sentrale variabler. Data kobles også mot CP-oppfølgingsprogram (CPOP) og Medisinsk fødselsregister. Sistnevnte koblinger har ikke avdekket systematiske feil. MRS-løsning for registeret, som er under utvikling, vil forbedre datakvaliteten ved bruk av datavalideringsregler og kontroller. Kontinuerlig arbeid med eksterne koblingskilder.
<i>Nasjonalt register for gynekologisk endoskopi (Sykehuset i Vestfold)</i>			
59 % (23 av 39 gyn avd i Norge)	32 % for behandlingssted er som rapporterer til NGER, 24 % når alle behandlingssteder inkluderes.	Data ble koblet opp mot Folkeregisteret og NPR (startet dekningsgradsanalyse mot sistnevnte). NGER er ett av to utvalgte registre i Helse Sør-Øst som inngår i et nasjonalt dekningsgradsprosjekt. Kontinuerlig forbedringsarbeid med teknisk løsning. Arbeider for at skriftlig samtykke blir erstattet med reservasjonsrett. Øke kontakten med relevante avdelinger som ikke registrerer. Vektlegging av samarbeid med regionale IKT-partnere. Forbedre veileder for innhente samtykker og pasientregistreringer i daglige rutiner. Planlagt utvidelse av inklusjonskriterier. Forbedre veileder for å integrere innhenting av samtykker og pasientregistrering i daglige rutiner.	Oppgradert registreringskjema. Forbedret oppfølgingsrutiner, bl.a. kontakt med avdelingene. Laget brukermanual i samarbeid med SKDE.

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Gastronet (Sykehuset Telemark)</i>			
41 %	33 %	<p>Pga. ressursituasjon er utvidelse til flere sykehus (og dermed økt dekningsgrad) ikke mulig for elektronisk løsning (integret i strukturert journal) er på plass. Arbeider for integrert rapportering som del av sykehusenes standard EPJ (og en egen nettbasert modul for pasienttilbakemeldinger). Forventer utprøving av modul primo 2016.</p> <p>Manglende tilrettelegging for elektronisk/integrert løsning reduserer motivasjon for deltakelse i</p> <p>Vurderer positive insitamenter (økt DRG) for deltakelse i Gastronet, evt obligatorisk innmelding som vil utløse refusjon.</p> <p>Forventer utprøving av IKT-løsning primo 2016.</p>	<p>Papirbasert løsning øker risiko for feilregistreringer og underrapportering av de vanskeligste undersøkelsene.</p> <p>Diverse praktiske kvalitetssikringstiltak/prosedyrer for unngå feilregistreringer, men kvalitetssikring begrenses av klausul om ingen tilbakekobling mellom Gastronet og skopisentre.</p> <p>Hyppigere koblinger mellom Gastronet, NPR og Kreftregisteret samt kobling mot EPJ kan trolig redusere antall krefttilfeller som er oversett.</p>

Nasjonal dekningsgrad		Tiltak og andre merknader vedr dekningsgrad	Datakvalitet
Institusjonsnivå	Individnivå		
<i>Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for prostatakreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for barnekreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for brystkreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for føflekkreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for gynekologisk kreft (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for malignt lymfom og kronisk lymfatisk leukemi (del av Kreftregisteret)</i> <i>Nasjonalt register for lungekreft (del av Kreftregisteret)</i>			
100 % (hjemlet i forskrift og ingen krav om samtykke)	Registrering av antall hendelser/tilfeller er komplett, dvs. tilnærmet 100 pst, men det er variasjoner i dekningsgrad når det gjelder de ulike variablene som inngår i kvalitetsregistrene.		<p>Opplysninger rapporteres inn fra flere uavhengige kilder</p> <p>Opplysningene rapporteres inn på flere tidspunkter i sykdomsforløpet</p> <p>Medarbeiderne har unik kompetanse på koding av krefttilfeller i henhold til Kreftregisterets egen kodebok og internasjonale kodeverk IT-systemene har regler og sperrer for ulogiske kombinasjoner, feilaktige opplysninger mm</p> <p>Det gjøres analyser og kontrollkjøringer som avdekker inkonsistens i dataene, og som deretter rettes</p> <p>Datauttrekk til forskere gir mulighet til å kontrollere et mindre datasett som kan avdekke enkeltfeil (f eks feiltasting av sykehuskoder) eller systematiske ulikheter som skyldes ulik tolkning av kodeverk og regler</p>