

VEDLEGG TIL ÅRLIG MELDING 2018

Vedlegg 1:

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

Vedlegg 2:

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

Vedlegg 3:

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

Vedlegg 4:

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

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

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

						<i>Lavest</i> 53,9 %	<i>Lavest</i> 47,2 %	avklaring. 3-støms videokonferanser ble gjennomført som pilot i 2017.
Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<ul style="list-style-type: none"> Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet 		Helse- direktoratet	Tertialvis	n/a	n/a	8,4 %	9,1 %	Data fra før 2017 foreligger ikke.
						<i>Høyest</i> 14,0 %	<i>Høyest</i> 13,7 %	Indikatoren andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet er en indikator som først ble brukt i Helse Sør-Øst og som senere ble gjort nasjonalt gjennom det interregionale arbeidet om variasjon, kapasitet og effektivitet. Tall per 3. tertial 2017 viser at 8,4% av alle planlagte pasientkontakter i Helse Sør-Øst skjer etter planlagt tid. Andelen er blant de laveste i alle helseregioner. Fagområder som har flest brudd er innen hjertesykdommer, øye og øre-nese-halssykdommer. I Helse Sør-Øst følges helseforetakene opp på indikatoren gjennom månedlige oppfølgingsmøter. I tillegg er det utviklet en regional publiseringsløsning som gir muligheter for detaljert oppfølging på ulike nivåer og sider ved problemstillingen. En regional versjon av indikatordefinisjonen for uttak av indikatoren er utarbeidet slik at helseforetakene selv kan følge opp passerte pasientkontakter lokalt.
						<i>Lavest</i> 6,0 %	<i>Lavest</i> 4,8 %	
				Ortopedi				

<ul style="list-style-type: none"> Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten 				6,8 %	7,3 %	7,3 %	3,8 %	<p>Indikatoren andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er en indikator som er møtt med stor interesse. Det er imidlertid knyttet store utfordringer til datakvalitet rundt indikatoren. Disse utfordringene er blant annet behandlet i Helsedirektoratets rapport om ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten (IS-2626), publisert i mai 2017 (https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utredning-av-ventetidsregistrering-i-spesialisthelsetjenesten). Et av funnene er at det er en stor forskjell i antall avviste mellom helseregioner som har DIPS som pasientadministrativt system og helseregioner som ikke har det (Helse Midt-Norge). Helsedirektoratet har publisert andel avviste for to fagområder, ortopedi og psykisk helsevern. Innenfor ortopedi er andel avviste per 2. tertial 2017 rundt 4 % som er en ned fra 7 % sammenlignet med samme periode i 2016. For psykisk helsevern er andelen 24 % som også er en nedgang fra 34 %. Det presiseres av Helsedirektoratet at det er fortsatt knyttet stor usikkerhet til tallene og det arbeides både nasjonalt og lokalt for å sikre riktig uttrekk og beregning av indikatoren. Blant annet vil rapportering av den seneste versjonen av NPR-melding til Helsedirektoratet gjøre at tallene vil bli mer korrekte.</p>
				PH				
				30,7 %	32,4 %	31,7 %	24,2 %	
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				Ortopedi				
						13,7 %	15,6 %	
				PH				
						39,1 %	37,8 %	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
				Ortopedi				
		4,0 %	1,0 %					
PH								
		23,1 %	1,3 %					
<ul style="list-style-type: none"> Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall 				18,8 %	19,2 %	18,9 %	19,9 %	<p>Indikatoren andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor</p>
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						40,7 %	50,4 %	

polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet						<i>Lavest</i> 4,8 %	<i>Lavest</i> 4,8 %	fagområdet viser om det er stor variasjon i antall nyhenviste innen fagområdet ortopedi Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial viser at Helse Sør-Øst er blant helseregionene med lavest andel nyhenviste til fagområdet ortopedi på rundt 19%. Helse Nord er høyest med 31 %. Det er knyttet noe utfordringer til tallmaterialet med hensyn til riktig tallgrunnlag for faget ortopedi.
• Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet				45,2 %	44,9 %	46,6 % <i>Høyest</i> 56,9 % <i>Lavest</i> 31,9 %	44,9 % <i>Høyest</i> 55,4 % <i>Lavest</i> 20,3 %	Indikatoren andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet viser i hvor stor grad sykehusavdelingene har mye av sin aktivitet bundet i kontroller av behandlede pasienter. Det pekes på at det er knyttet stor usikkerhet til registrering av kontroller. Usikkerheten er både knyttet til forståelsen av hva som faktisk er kontroll og forskjeller mellom ulike pasientadministrative system. Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at Helse Sør-Øst har en andel på 45% som er det samme som året før. Dette er noe høyere enn de andre helseregionene med unntak av Helse Midt som har høyest andel med 58 %. Ulikheter i pasientsystem og registreringspraksis er sannsynlige forklaringsfaktorer på den variasjonen som finnes mellom helseregionene.
• Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted				6,7 %	7,3 %	6,7 % <i>Høyest</i> 13,9 % <i>Lavest</i> 3,1 %	7,3 % <i>Høyest</i> 14,3 % <i>Lavest</i> 3,0 %	Indikatoren andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted viser andelen aktivitet som utføres ambulant hos helseforetakene. Bruk av ambulant behandling kan ha en forebyggende effekt i psykisk helsevern

								<p>samtidig som det gjør at man når ut til flere pasienter som av ulike årsaker ikke kan komme til behandlingsstedet. Tall fra Helsedirektoratet per 2. tertial 2017 viser at andel ambulant i Helse Sør-Øst ligger på 7 % som er lavest av alle helseregioner. Det er forholdsvis små variasjoner mellom regionene der Helse Midt er høyest på 10 %. I 2017 er det innført aktivitetsbasert finansiering (ISF) for deler av psykisk helsevern og TSB. Blant det som omfattes er også ambulant aktivitet. Foreløpig synes det å gi lite utslag på statistikken.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

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

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

		24,1 dager	26,2 dager
Kostnad			
Som.			
10,7 %	3,6 %	-2,2 %	-1,6 %
PH			
1,3 %	3,3 %	0,0 %	0,9 %
TSB			
0,6 %	5,3 %	5,2 %	0,2 %
		<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>
Som.			
		1,3 %	2,3 %
PH			
		3,9 %	3,7 %
TSB			
		5,8 %	9,8 %
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>
Som.			
		-3,3 %	-3,1 %
PH			
		-3,8 %	-4,8 %
TSB			
		-12,1 %	-14,4 %
Årsverk			
Som.			
2,0 %	0,7 %	0,9 %	0,9 %
PH			
-0,7 %	-0,3 %	-1,2 %	-1,1 %
TSB			
1,3 %	-0,3 %	-0,9 %	-0,3 %
		<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>
Som.			
		2,1 %	2,2 %
PH			
		1,8 %	1,6 %
TSB			

						4,8 %	3,3 %
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>
						Som.	
						-1,2 %	-2,0 %
						PH	
						-6,8 %	-6,0 %
						TSB	
						-21,2 %	-20,4 %
					Polikliniske konsultasjoner		
						Som.	
					9,4 %	8,8 %	2,5 % 3,0 %
						PH VOP	
					6,6 %	6,9 %	-1,3 % -3,0 %
						PH BUP	
					-1,6 %	0,5 %	-8,7 % -9,2 %
						TSB	
					7,8 %	6,9 %	3,8 % 0,2 %
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>
						Som.	
						10,6 %	9,9 %
						PH VOP	
						6,8 %	5,8 %
						PH BUP	
						-0,2 %	-2,4 %
						TSB	
						34,3 %	15,3 %
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>
						Som.	
						-9,7 %	0,7 %
						PH VOP	
						-11,2 %	-10,8 %
						PH BUP	
						-28,3 %	-27,6 %
						TSB	
						-30,3 %	-29,8 %

Antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
							0,61	
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<p>Det rapporteres om en bred innsats der samarbeid med kommunene er sentralt, samt fokus på tidlig intervensjon og pasienter i risikogrupper. Et eksempel på tiltak som kan nevnes er fra Sykehuset Østfold, der man i samarbeidsutvalget med kommunene har utarbeidet og revidert «Lokal retningslinje for redusert og riktig bruk av tvang». Planen inneholder detaljerte tiltak for å sikre frivillighet i tilknytning til innleggelse. Det er særlig fokus på bruk av kriseplaner. I 2017 ble det gjennomført egne dialogmøter med kommunene i alle helsehus-distriktene for å vurdere hvilke konkrete tiltak i planen som bør prioriteres. Tilsvarende dialogmøter vil bli gjennomført i 2018. Foreløpige tall fra Sykehuset Østfold viser en reduksjon i innleggelse til tvungen observasjon på 9,9 prosent, en svak økning i innleggelse til tvungen behandling, og en betydelig reduksjon i bruk av TUD («tvang uten døgn») på 30 prosent. Kompetansefremmende og holdningsskapende tiltak er også sentralt i arbeidet. Systematisk gjennomføring av oppfølgingssamtaler med pasienter og pårørende i etterkant av en tvangsinnleggelse skal ivareta pasienten og bidra til bedre innsikt i tiltak pasienten mener vil kunne forebygge bruk av tvang, og ivareta pasienten tidligere i en mulig</p>
						0,75	0,79	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
	Redusert sammenlignet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis			0,40	0,37	

							<p>sykdomsutvikling. Brukerstyrte plasser er et virkemiddel.</p> <p>Videre kan nevnes implementering av tiltak iht. helhetlig akuttbehandlingsskjede som er gjennomført ved Akershus universitetssykehus i 2017. Det er etablert ulike tiltak for å styrke den akutte behandlingsskjeden gjennom samarbeid mellom de akutte behandlingsteamene ved DPS og Avdeling akuttpsykiatri, og mellom akutt-teamene og kommunenes helsetjenester. Formålet er dels å forebygge unødvendige tvangsinnleggelse og dels å sikre bedre pasientforløp. Fastleger kan konsultere akutt-teamene ved DPS for bistand til vurdering av pasientens tilstand og aktuelle tiltak. Akutt-teamene går i tillegg direkte inn i enkeltsaker med egne vurderinger og tiltak før en eventuell innleggelse i akuttavdelingen, samt med en tydeligere rolle i forbindelse med oppfølging av pasienter som skrives ut fra akuttavdelingen i påvente av at mer permanente tilbud til pasienten er etablert i poliklinikk og/eller kommune.</p> <p>Akershus universitetssykehus har også eget forebyggingsprosjekt i forhold til pasienter i risikogruppen for bruk av tvangsmidler. Antall pasienter på dom til psykisk helsevern har gått opp de siste år og dette påvirker også det samlede tallgrunnlaget. Samlet tallgrunnlag for 2017 vil bli gjennomgått og anvendt i det videre arbeid når dette foreligger. Ledelsesfrankrede dialogmøter om tvang med brukere er gjennomført jf. krav</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

								i oppdragsdokument 2017. Helse Sør-Øst RHF har fokus på dette målområdet i ledelseslinjen og det er opprettet et eget prosjekt som omhandler reduksjon i bruk av tvangsmidler.
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med ett eller flere tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				2016: 4,3		n/a	n/a	Det er bare offentliggjort tall for hele året hos Helsedirektoratet. Tall for 2017 foreligger ikke.
				<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				n/a	n/a	n/a	n/a	
<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	Det arbeides godt ved våre helseforetak/sykehus med dette målområdet. Flere har egne pågående prosjekt der god klinisk kommunikasjon er vektlagt, med systematisk og obligatorisk opplæring for å sikre at alle har nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Det beskrives blant annet at man arbeider med å øve på de- eskalerende samtaleteknikker i simuleringssenter og kursing og trening i terapeutisk konflikthåndtering. Det er også prosjekt for å redusere bruk av ulike atferdskontrollerende tvangstiltakstiltak for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Systematiske tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende anvendes til konkret forbedring. Kompetansefremmende og holdningsskapende tiltak er sentralt i arbeidet. Et eksempel er systematisk gjennomføring av oppfølgingssamtaler med pasienter i etterkant av at tvangstiltak er benyttet. Dette skal ivareta pasienten og				
				n/a	n/a			

								bidra til bedre innsikt i hvilke tiltak pasienten mener ville kunne ha bidratt til å forebygge bruk av tvangsmidler og hvordan man best vil kunne ivareta pasienten i en tilsvarende situasjon. Helse Sør-Øst RHF har i 2017 etablert et regionalt prosjekt for å redusere all bruk av tvangsmidler. Mer enhetlig forståelse av regelverk og standardisering av registreringene er et delmål i arbeidet. To sentrale mål i prosjektet som skal implementeres i 2018 er å etablere felles kriterier for registrering av tvang og tvangsmidler i EPJ og deretter innføre lik registreringspraksis i helseforetakene og å utarbeide en regional oversikt for tiltak som skal kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler.
Avbrudd døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				n/a	n/a	n/a	n/a	NPR har lagt ut data om gjennomføring/avbrudd i TSB i første tertial i portalen helsenorge.no. Dataene er ikke komplette. For Helse Sør-Øst foreligger ikke tall for helseforetakene, bare tall for de privateide institusjonene. Helseforetakene: Ingen av helseforetakene har meldt inn avbrudd i behandling, det er manglende rapportering. Forklaringen er at helseforetakene har forskjellige versjoner av DIPS, men funksjonaliteten er den samme. For helseforetak som ennå ikke er standardisert vil kodeverkene være forskjellige. Dette gjelder SØHF, SSSH, AHUS,
						<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
		n/a	n/a					

								<p>SIHF. Helse Sør-Øst er i gang med standardisering. «Drop out» rapporteres i dag ikke videre til NPR for de helseforetakene som har en slik kode (utenom standard) Saken følges opp av RSKI (Regionalt senter for kliniske IKT løsninger). Private leverandører: Statistikk fra de private leverandørene som har avtale med Helse Sør-Øst RHF er presentert i rapporten. Flere er ikke tatt med i rapporten nå. Tema er tatt opp med alle private leverandører i ytelsesavtalemøtene i september og oktober og alle er bedt om å sjekke egne data og gi direkte beskjed til NPR.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

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

innen 40 minutter etter innleggelse.						n/a	n/a	Helse Sør-Øst arbeider kontinuerlig med å forbedre kvaliteten på slagbehandlingen. Et midlertidig fagutvalg hjerneslag leverte sin rapport «Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016, Sykehus i nettverk». Anbefalingene fra rapporten er lagt inn som føring for helseforetakenes videre arbeid med utviklingsplaner.
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
n/a	n/a							
Andel korridorpasienter i sykehus	0 %	Helse- direktorat	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				1,4 %	1,0 %	1,4 %	0,9 %	Av helseforetakenes årlige meldinger fremgår at alle helseforetak har fokus på å redusere andel korridorpasienter og at de som har store utfordringer har særskilt stor oppmerksomhet på dette. Utfordringene møtes med ulike tiltak. Blant annet nevnes: <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på å redusere pasientstrøm inn i sykehusene (for eksempel forbedre henvisningsrutiner, samarbeid med fastleger) • Forbedre pasientlogistikken i sykehusene (for eksempel bedre systemer/rutiner for oppfølging og utnyttelse av sengekapasitet på tvers, handlingsplan for akutt overbelegg) • Forbedre pasientstrøm ut av sykehusene (for eksempel bedre planlegging og rutiner i forbindelse med utskriving, mer bruk av pasienthotell) inkludert generelt fokus på bedre pasientforløp i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
				<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	
				2,4 %	2,6 %	2,4 %	2,6 %	
				<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %					

Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				18,0	17,9	20,4	22,0	Tiltak som er iverksatt for å nå målet er:
		<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	• Lære av de helseforetakene som er gode på hjemmedialyse, hospitere hos de helseforetakene som er gode på hjemmedialyse				
		26,0	38,3	• Arbeide kontinuerlig for å gi tilbud om både peritonealdialyse (PD) og hemodialyse (HD) hjemme				
		<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	• Gi tidlig informasjon om fordelene med hemodialyse og peritonealdialyse hjemme - tema på nyreskole				
		8,1	9,8	• Organisere dialyseavdelingen på en slik måte at pasientene kan få god opplæring på HD eller PD				
				• Regelmessig vurdering av hjemmedialyse på dialysemøtene				
				• Samhandling med kommunehelsetjenesten				
				• Systematisk arbeid for at de pasientene som ønsker det skal kunne få hjemmedialyse				
				• Kulturendring hos behandler og pasient: «Dialyse er i utgangspunktet en hjemmebehandling»				
				• Økt fokus på hjemmebehandling				
				• Fokuserer på oppstart av «selvdialyseenheter» i helseforetaket.				
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020	30 % reduksjon i samlet bruk	Sykehusenes	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				17,7	18,7	17,9	16,8	

sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	i 2020 sammenlikn et med 2012	legemiddel -statistikk				<i>Høyest</i>	<i>Høyest</i>	Av tiltak kan nevnes: <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikastyringsprogram herunder handlingsplaner og antibiotikapolicy • Overvåking av antibiotikaforbruk med statistikker per måned • Risikovurdering • Antibiotikadag • Begrensinger i tilgjengelighet for bredspektret antibiotika • Antibiotikakontakter • Antibiotikavisitter • Obligatorisk å ta med antibiotikabruk ved tavlemøter • Undervisning • Foreskrivingspraksis og retningslinjer for forkortelse av behandlingsvarigheten og – doseringer • Innsats mot avdelinger med høyt forbruk eller uheldig forbruksprofil • Rådgivningstelefon fra infeksjonsmedisiner • Bruk av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling med antibiotika
						24,6	21,5	
						<i>Lavest</i>	<i>Lavest</i>	
						1,1	1,7	

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

Rapportering 2017 Helse Sør-Øst RHF	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens	
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>30 dagers totaloverlevelse har økt fra 94,7 % til 95,1 % fra 2013 til 2016 samtidig som variasjonen mellom helseforetakene er redusert. Fremdeles er 30dagers totaloverlevelse lavere i Helse Sør-Øst enn landsgjennomsnittet. Tallene har vært brukt som utgangspunkt for planlegging og gjennomføring av forbedringstiltak ved lokalisasjoner med lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet. Data og erfaringer fra 30 dagers overlevelse publisert av FHI er jevnlig gjenstand for diskusjon i de regionale fagdirektør- og AD-møtene. Avvik er gjenstand for diskusjon i Helse Sør-Østs oppfølgingsmøter med helseforetakene.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter innlagt med hjerneslag har økt fra 85,8 % til 87,1 % fra 2013 til 2016 i motsetning til utviklingen i OECD hvor utviklingen har stagnert. Fremdeles er overlevelsen signifikant lavere i Helse Sør-Øst enn landsgjennomsnittet og det er iverksatt en større gjennomgang av tilbudet for denne pasientgruppen i forbindelse med innføring av trombektomi. Dette arbeidet forventes ferdigstilt 2. tertial 2018.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter med hoftebrudd har økt fra 90,7 % til 91,2 % fra 2013 til 2017 og er nå på samme nivå som landsgjennomsnittet. Det er imidlertid fremdeles noe varians mellom helseforetakene. Helse Sør-Øst RHF har bidratt til å initiere kvalitetsprosjekter i enheter med lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskaps senter for helsetjenesten	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>30 dagers overlevelse for pasienter med hjerteinfarkt har økt fra 88,3 % til 92,5 % fra 2013 til 2016 og er nå høyere enn landsgjennomsnittet.</p>

		(Folkehelseinstituttet)		
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>Resultater fra GTT-undersøkelse 2016, som ble publisert september 2017, anslår at det ved 13,9 % av alle somatiske pasientopphold i Norge oppstod minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller fikk alvorligere konsekvenser. Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold kan vise til en reduksjon i antall pasientskader på mer enn 25 % i denne perioden. Ved Sørlandet sykehus er det en reduksjon av pasientskader på mer enn 25 % ved kirurgisk og medisinsk klinikk. Alle sykehus og helseforetak i Helse Sør-Øst fortsetter det gode arbeidet med å implementere innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet og følger resultater på de områdene der skader oppstår hyppigst. Blant de lettere pasientskadene er legemiddelrelatert skade og annen kirurgisk komplikasjon hyppigst. Deretter følger urinveisinfeksjon og postoperativ sårinfeksjon. Blant de mer alvorlige skadene er postoperative sårinfeksjoner hyppigst. (Ref. GTT-rapport 2016.)</p>
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig	<p><u>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</u></p> <p>Sykehuset i Vestfold, Vestre Viken og Lovisenberg Diakonale Sykehus har for de første og obligatoriske innsatsområdene, oppnådd spredning av tiltakspakker til relevante enheter innen fristen ved utgangen av 2016. Flere helseforetak i Helse Sør-Øst viser god fremdrift i innføringen. Ved mange av helseforetak vil det likevel være behov for å utvide innføringsperioden for innsatsområdene. Implementering er avhengig av klinikerens involvering og endring av daglige arbeidsprosesser. Det er fortsatt nødvendig å etterspørre og holde fokus på innsatsområdene, fordi helseforetak og sykehus erkjenner at dette er viktige områder for pasientsikkerhet. Det er nødvendig å bygge varige strukturer og få målinger mer på plass med automatisert data uttrekk. Sykehuset Østfold er det helseforetaket som til nå har hatt svakest fremgang.</p>