

# **SYKEHUSET ØSTFOLD HF**

## **ÅRLIG MELDING 2022**

til Helse Sør-Øst RHF

01.03.23



**Behandlet i styremøte Sykehuset Østfold HF 27.02.23**

# Innhold

<b>DEL I: INNLEDNING OG VURDERING .....</b>	<b>4</b>
1. Innledning.....	4
1.1 Oppgaver og organisering .....	4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	5
1.3 Mål for virksomheten .....	5
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll 7	
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte.....	11
2. Vurdering av virksomheten .....	14
2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2022.....	14
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering.....	20
<b>DEL II: RAPPORTERINGER.....</b>	<b>21</b>
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2022 .....	21
3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling .....	21
3.1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB .....	21
3.1.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB.....	24
3.1.3 Pasientforløp psykisk helsevern og TSB.....	26
3.1.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB .....	27
3.1.5 Henvisninger psykisk helsevern .....	27
3.1.6 Tvangsbruk psykisk helsevern .....	28
3.1.7 Forebygging av selvmord .....	28
3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	29
3.2.1 Bemanning og kompetanse .....	29
3.2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet.....	35
3.2.3 Legemidler .....	40
3.2.4 Helsefellesskapene .....	40
3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp.....	41
3.3.1 Ventetid somatikk.....	41
3.3.2 Pasientavtaler .....	41
3.3.3 Epikriser somatikk.....	42
3.3.4 Pakkeforløp kreft .....	42
3.3.5 Behandlingstilbud.....	46
3.4 Øvrige krav og rammer for 2022 .....	48

3.4.1	Beredskap og sikkerhet .....	48
3.4.2	IKT-utvikling og digitalisering .....	49
3.4.3	Informasjonssikkerhet.....	50
3.4.4	Klima og miljø.....	50
3.4.5	Bygg og vedlikehold .....	51
3.4.6	Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser .....	52
3.4.7	Pasientreiser .....	53
3.5	Tildeling av midler og krav til aktivitet .....	55
3.5.1	Økonomiske krav og rammer .....	55
3.5.2	Aktivitetskrav.....	57
4.	Andre rapporteringer .....	58
4.1	Oppfølging av andre oppdrag.....	58
4.2	Andre forhold ved driften .....	61
<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT.....</b>		<b>62</b>
5.	Utviklingstrender og rammebetingelser .....	62
6.	Strategier og planer .....	62

# DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

## 1. Innledning

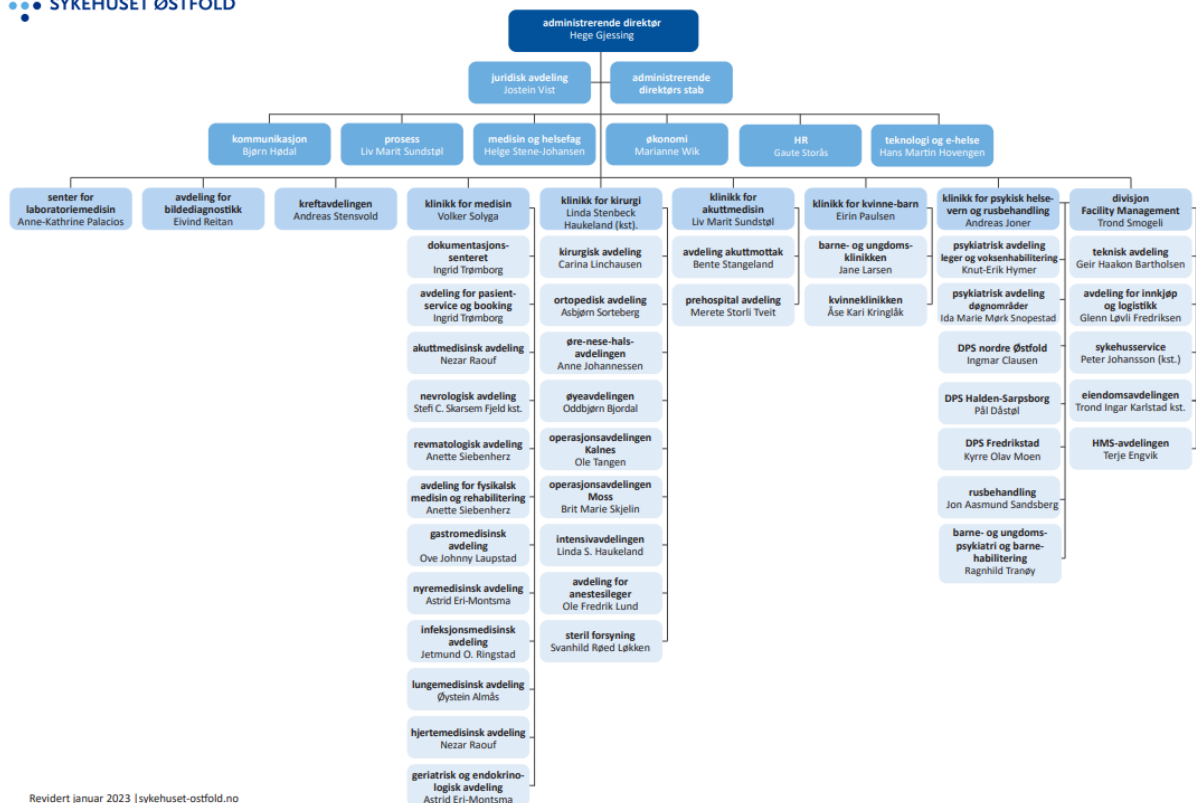
### 1.1 Oppgaver og organisering

Sykehuset Østfold (SØ) er et områdepsykehus og opptaksområdet består av følgende kommuner: Aremark, Fredrikstad, Halden, Hvaler, Indre Østfold, Marker, Moss, Rakkestad, Råde, Sarpsborg, Skiptvet, Vestby og Våler. Beregnet folkemengde per 3. kvartal 2022 var 323 453, en økning med 1 % fra 2021.

SØ yter spesialisttjenester innen

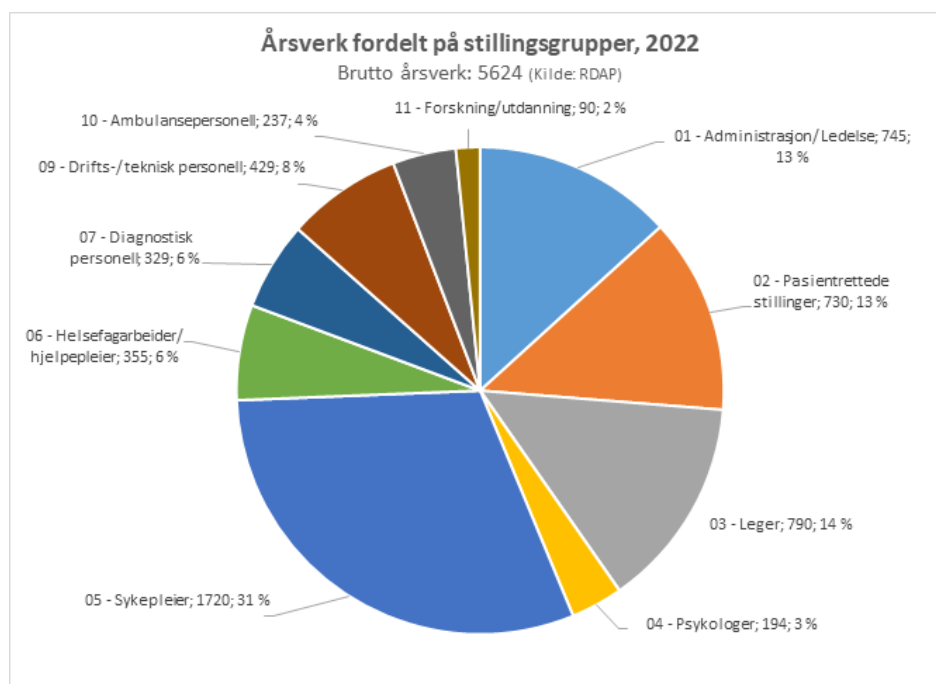
- kirurgiske fagområder – ortopedi, bløtdelskirurgi (med gren- og subspesialiteter), gynekologi, fødselsomsorg, øye og øre-nese-hals
- medisinske fagområder – indremedisin (med gren- og subspesialiteter), nevrologi, pediatri (barn), revmatologi, kreftsykdommer og fysikalsk medisin
- psykisk helsevern – barn, ungdom, og voksen
- tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- habilitering
- prehospital akuttmedisin inklusive ambulansetjeneste
- anestesi, intensiv- og smertebehandling
- bildediagnostikk – diagnostisk radiologi, intervensjonsradiologi og nukleærmedisin
- laboratoriefag – patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin

SØ har flerområdefunksjon innen plastikkirurgi og HPV-screening.



Revidert januar 2023 | sykehuset-ostfold.no

Per 31.12.22 hadde SØ 4241,3 årsverk (fast månedslønn) fordelt på 5 302 personer<sup>1</sup>. Andelen kvinner var 76,5 %. Gjennomsnittlig årsverksforbruk<sup>2</sup> i 2022 var 5 624 mot 5 511 i 2021 det vil si 113 flere enn året før.



## 1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

### Visjon

Sykehuset Østfold skal gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

### Verdier

Verdiene er en rettesnor for ledere og medarbeidere, og skal komme til uttrykk i daglig atferd.

Sykehuset Østfolds verdier er **kvalitet - trygghet - respekt**.

## 1.3 Mål for virksomheten

Utviklingsplan 2022-2037 *Litt bedre hver dag*, ble vedtatt av styret for SØ 25.04.22.

Utviklingsplanen ble fulgt opp med *Virksomhetsstrategi 2023-2026* som ble vedtatt av styret for SØ 07.11.22 hvor følgende satsningsområder ble vedtatt for perioden:

- Øke kapasiteten og bedre pasientflyten gjennom samhandling og Helsefelleskapet
- Forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen
- Sikre rekruttering, rett bemanning og kompetanse
- Satse på innovasjon, nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi

<sup>1</sup> Kilde RDAP: Brutto månedsverk og antall ansatte på fast lønn

<sup>2</sup> Kilde RDAP: All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsverk. Arbeidstid utført av eksterne i vikarbyrå er ikke inkludert.

- *Styrke innsatsen for pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*
- *Sikre en bærekraftig økonomi*

### **Mål for Sykehuset Østfold i 2022**

Budsjett 2022 ble innrettet mot å ivareta forventede krav og mål, både nasjonale og regionale, i *Oppdrag og bestilling for 2022* fra HSØ som var:

- *Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*
- *Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*
- *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*
- *Teknologi og digitalisering*
- *Ressursutnyttelse og samordning*
- *Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring*
- *Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte tjenester*
- *Redusere uønsket variasjon*
- *Mer tid til pasientrettet arbeid*
- *Forskning og innovasjon for en bedre helsetjenester*

I tillegg skulle budsjettet understøtte måloppnåelse for prioriterte områder i SØs virksomhetsstrategi. I budsjettforslaget er det lagt til rette for økt satsning innen følgende områder:

- *Etablere nytt døgnområde med 18 senger*
- *Øke prehospital kapasitet*
- *Øke bemanning i akuttmottaket*
- *Bedre fødetilbudet*
- *Nye oppdrag som følge av bioteknologiloven*
- *Øke bemanning innen psykisk helsevern*
- *Utvidet åpningstid for senter for laboratoriemedisin og MR i Moss*
- *Videreført høy aktivitet i innovasjonsprosjekter*

### **Budsjettet for 2023**

Styret fattet 12.12.22 følgende enstemmige vedtak i sak 94-22 *Mål og budsjett 2023 SØ*:

1. *Styret legger til grunn at budsjettet er i tråd med nasjonale føringer, overordnede prioriteringer fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HFs egne målsettinger og prioriteringer.*
2. *Styret vedtar budsjett 2023 for Sykehuset Østfold HF med styringsmål om et økonomisk resultat på - 50 mill. kroner.*
3. *Styret anser det foreliggende budsjettet som stramt og at risikoen for negative økonomiske avvik er forholdsvis høy. Styret ber administrerende direktør planlegge for ytterligere kostnadsreducerende tiltak for å opprettholde fremtidig investeringsevne.*
4. *Styret tar fordelingen av budsjetttrammer per klinikk/avdeling til etterretning. Styret legger til grunn at alle enheter i foretaket aktivt forholder seg til de tildelte økonomiske rammene og slik sett bidrar til et best mulig økonomisk resultat.*
5. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indekser, nye bevilgninger eller føringer/styrevedtak fra Helse Sør-Øst RHF.*
6. *Styret ber om at det tidlig i 2023 legges fram investeringsbudsjett til styrebehandling.*

#### **1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll**

God virksomhetsstyring omfatter både styring, ledelse og kontroll og skjer gjennom gjentakende prosesser for planlegging, gjennomføring, oppfølging og forbedring av virksomheten. Målet er å sikre faglig forsvarlige helsetjenester, kvalitet og pasientsikkerhet og god HMS- og risikostyring.

Hensikten med mål- og resultatstyring er å øke effektiviteten og utnytte ressursene enda bedre, bl.a. ved at underliggende nivå har frihet til selv å bestemme hvilke virkemidler som skal brukes for å nå målene. Styring og kontroll skal i mindre grad skje gjennom detaljerte instruksjoner om aktiviteter og enkeltoppgaver og bruk av ressurser. Fokus skal være på måloppnåelse. Målene fremkommer i Oppdrag og bestilling, økonomisk langtidspan, SØs virksomhetsstrategi, handlingsplaner og delstrategier, og i lederavtaler. Ledelsen på hvert nivå har ansvar for å utarbeide planer for hvordan målene skal nås, hvem som har ansvar og fullmakter, og hva som skal prioriteres i styringen, med frister. Målsettingene følges opp månedlig på ulike nivåer i organisasjonen.

*Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (01.01.17)* skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Kravene til styringssystemet er integrert i rammeverket og følger strukturerte prosesser og aktiviteter for hvordan lederne planlegger, gjennomfører, evaluerer, følger opp og korrigerer egen virksomhet. Roller og ansvar i virksomhetsstyringen er tydelig definert.

Det er utarbeidet en overordnet møtstruktur for SØ for å sikre at det foreligger hensiktsmessige beslutnings- og kommunikasjonsprosesser og at møtstrukturen og referatene er kjent og tilgjengelig for medarbeiderne. Rapportering og oppfølging foregår i ansvarslinjen på alle nivåer med ulik frekvens og fokus. I 2022 har det vært månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og lederne på nivå-2 med vekt på økonomi, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ledere og stab samarbeider og følger utviklingen og analyserer effekten av tiltak, samt iverksetter korrigerende tiltak ved behov for endringer. Det rapporteres månedlig og tertialvis til Helse Sør-Øst på forhåndsdefinerte indikatorer.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) inngår i virksomhetsstyringen og fra og med 2022 er gjennomføringen endret i tråd med Rammeverk for virksomhetsstyring i HSØ. På den måten vil LGG være mer i tråd med kravet i forskriften og ISO standard og mer rettet mot styringssystemet og de forbedringsbehovene som avdekkes i rapporten. LGG skal heretter gjennomføres en gang per år.

Rapport fra LGG skal inneholde en samlet vurdering av styringssystemet og beskrivelse av områder med behov for forbedringer. Rapporten vil være underlag for presentasjonen av den årlige gjennomgangen av styringssystemet i sykehusledermøtet (SLM), og skal deretter legges frem for styret i SØ.

Det er flere elementer som inngår i evaluering av egen virksomhet for å avdekke om det er behov for korrigerende tiltak og om det må iverksettes ytterligere tiltak. Lederne benytter eksterne tilsyn, interne revisjoner, klager fra pasienter og pårørende, avviksmeldinger og uønskede hendelser til læring og forbedring av virksomheten.

Styret behandler alle rapporter som mottas fra konsernrevisjonen. På bakgrunn av rapportene, utarbeider SØ handlingsplaner som angir tiltak, ansvar og frister.

### *Tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter i SØ*

Etter et landsomfattende tilsyn i 2019 konkluderte Fylkesmannen (Statsforvalteren) i Oslo og Viken med at SØ ikke sørger for forsvarlige helsetjenester til pasienter som flyttes til andre avdelinger enn den som har høyest kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Statsforvalteren har i 2021 gitt tilbakemelding etter gjennomgang av status vedrørende tiltak for lukking av avvik fra SØ. Statsforvalteren vurderte at helseforetaket har jobbet systematisk, målrettet og godt med å rette lovbruddene. Man anmoder om videre rapportering av resultater som bekrefter at helseforetaket har etablert en ny og robust praksis på alle områder hvor tilsynet har påpekt svikt og mangler. Kontrollaktiviteter med oversikt over utlokaliserte pasienter gjennomføres og rapporteres fortsatt månedlig i sykehusledermøtet. Utfyllende status og dokumentasjon av resultatene ble oversendt Statsforvalteren i november 2022, som grunnlag for vurdering av om det er etablert en ny og robust praksis i tjenestene til utlokaliserte pasienter. Statsforvalteren har bedt om å få oversendt resultatet av de pågående interne revisjoner i SØ, som er gjennomført i desember 2022 og i januar 2023. Statsforvalterens vurdering og tilbakemelding vil bli gitt når rapport fra de interne revisjonene er mottatt.

### *Tilsynssaker*

Styret har i 2022 behandlet egen sak om tilsynssaker (2021) i SØ (sak 45-22 i styremøtet 23.05.22).

Statsforvalteren åpnet tilsynssak mot SØ i 57 saker i løpet av 2021. 51 av sakene opprettet i 2021 er avsluttet per desember 2022, 6 saker er fortsatt under behandling. Det ble avdekket lovbrudd i 7 saker, mens det i 8 saker er gitt råd og veiledning. De øvrige avsluttede sakene er uten bemerkning (36).

### **Styrets arbeid**

Styrets hovedoppgaver er knyttet til helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold, strategi og mål, organisasjon og ledelse og tilsyn med foretakets virksomhet og drift.

Styret har behandlet følgende saker som gjelder virksomhetsstyring og kontroll:

- HMS årsrapport 2021 og HMS-strategi 2022-2025 (sak 15-22 i møtet 28.02.22)
- Sykehuset Østfold HFs miljøarbeid og spesialisthelsetjenestens rapport (sak 70-22 i møtet 27.09.22)
- Trusselvurdering 2022 (85-22, 07.11.22)

Styret ble orientert om resultater og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen *ForBedring 2022* (sak 46-22 i møtet 23.05.22). I forbindelse med styremøtet 28.03.22 (sak 25-22) ble det avholdt møte med Pasient- og brukerombudet i Viken (Østfold), temaene var årsmelding og dialog. Det ble avholdt dialogmøte mellom sykehusets styre og brukerutvalget 07.11.22 (sak 89-22).

Følgende temasaker ble presentert for styret i 2022:

- Rehabiliteringstilbudet i opptaksområdet
- Utviklingsplan for SØ 2022-2037
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Ortopedi – fag, forskning og kvalitet
- Spesialsykepleiere, utfordringer nå og fremover
- Helhetlig satsing på kvalitets- og forbedringsarbeid
- Ytre Oslofjordsamarbeidet



Det ble avholdt to regionvise møter med kommunene i 2022 – Indre Østfoldregionen 25.04.22 og Sarpsborgregionen 22.08.22.

#### *Utviklingsplan og virksomhetsstrategi*

Revidert utviklingsplan for sykehuset ble vedtatt av styret 25.04.22 (sak 33-22). Denne har fått tittelen *Utviklingsplan 2022-2037 Litt bedre hver dag*.

Revidert virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold HF 2023–2026 ble vedtatt av styret 07.11.22 (sak 79-22). Denne skal gi tydelig retning for valg og prioriteringer og vise sammenhengen mellom faglige mål og rammene lagt i økonomisk langtidsplan. Det er i 2022 gjort et mer omfattende arbeid for å stramme inn og få et mer overordnet perspektiv i strategien.

Styret har også i 2022 blitt jevnlig orientert om koronasituasjonen.

#### *Klinisk forskning, undervisning og opplæring*

Styret har fått presentert tertialrapporter i møte 23.05.22 og 07.11.22 (sak 47 og 84-22).

#### *Større bygg- og eiendomssaker*

Eiendomsstrategien for 2022-2040 (under oppdatering) er et helhetlig, overordnet, styrende dokument som omfatter eiendomsporteføljen i SØ. Strategien er basert på utviklingsplan, virksomhetsstrategi og ØLP og skal kommunisere satsinger og prioriteringer for perioden 2022-2040. Hensikten med eiendomsstrategien er å gi tydelig retning for valg og prioriteringer og vise sammenhengen mellom faglige mål og økonomiske rammer.

De distriktbaserte tjenestene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i Fredrikstad (totalt 6 virksomheter, *Fredrikstadklinikken*) er samlokalisert i eksisterende eiet bygningsmasse i St. Joseph fra og med 31.12.22. Lokalene er renoverert og tilpasset den nye aktiviteten. Det er etablert en overordnet 10-årig gjennomføringsplan for vedlikehold og brukertilpasninger. Leide arealer er utflyttet og lokalene er tilbakelevert utleier fra 31.12.22.

SØ har gjennomført forprosjektfasen for utvidelse av somatisk akuttmottak og ny MR 4 på Kalnes. Det er i etterkant besluttet å revidere forprosjektet slik at MR 4 legges i etasjen under akuttmottaket. Løsningen legger til rette for en helhetlig og langsiktig utvikling av akuttfunksjonen og MR-kapasiteten. Ny forprosjektrapport skal til endelig godkjenning i sykehusets ledelse og styre, med påfølgende behandling i HSØ. Etter en eventuell godkjenning vil prosjektet gå over i gjennomføringsfasen med detaljprosjektering som første hovedaktivitet. Det planlegges å ta i bruk nye arealer i 2025.

Leieavtalen med Kalnes Samfunnsbygg på nabotomten til SØ Kalnes er utvidet med nye arealer for mammografi og undervisning i 4. etasje.

Byggearbeider for ny leiet ambulansestasjon i Sarpsborg er godt i gang og innflytting er planlagt medio 2023.

Konseptrapport steg 2 for ambulansestasjon i Halden er tidligere godkjent i styresak 49-21. På grunn av høyere byggekostnader og sykehusets økonomiske situasjon er prosjektet stoppet. Det må nå ses på nødvendige tiltak som må gjennomføres i eksisterende arealer/stasjon.

Planene om å etablere et modulbygg ved Kalnes for korttidsovernatting (ansatte) har blitt satt på vent pga. manglende finansiering. Korttidsovernattingen blir foreløpig løst med bruk av hotell.

Det er etablert en egen kontormodul i to etasjer på Kalnes for å frigi plass til ny sengepost og behandlingsrom inne i sykehuskroppen.

Legevakten i Halden har flyttet ut av Haldenklinikken og inn i kommunens nye helsehus. Disse arealene er omdisponert til behandlingsrom for psykiatri og rusbehandling.

#### *Kapasitetsøkning somatikk på kort sikt*

Hovedutfordringen for SØ nå er å løse de eksisterende kapasitetsproblemene med hensyn til døgnplasser. Utfordringer med overbelegg og midlertidige løsninger (to-sengsrom, pasienter som ikke ligger på «moderpost», mv.) må løses så raskt som mulig. SØ har per i dag en beregnet underdekning på 60 senger. Dette er beregnet å øke til 74 senger i 2025.

Arealet i 03B02 (Kalnes) er i 2022 bygget om for å opprette en ny sengeenhet (døgnområde 11 akuttmedisin). 05.12.22 ble det åpnet 10 nye sengeplasser, dette vil i 2023 gradvis trappes opp til 18 plasser. Erstatningsarealer for aktivitetene som var i dette området er flyttet ut i nytt modulbygg og arealer til undervisning er ivarettatt gjennom utvidet leie i administrasjonsbygget.

Det er etablert 9 nye behandlingsrom i Moss og planlagt 25 på Kalnes. Dette vil bidra til å øke aktiviteten og redusere ventetid i SØ betraktelig. 9 nye poliklinikkrom er foreløpig ferdigstilt i 04B01 Kalnes (poliklinikkområde 13), i tillegg er det etablert 7 rom (5 til kreftbehandling og 2 til kvinneklinikken). Resterende rom, inkludert selvdialyse og dag- og observasjonsenhet er avhengig av finansiering for å ferdigstilles.

#### *Kapasitetsøkning somatikk på lang sikt (fram mot 2040)*

Styret godkjente *Prosjektinnrammingsrapport for nytt stråle- og somatikkbygg Kalnes* i møtet 12.12.22 (sak 95-22). Prosjektinnramming er første steg i tidligfaseplanlegging og skal utrede fremtidig behov innenfor strålebehandling og somatiske døgnplasser og beskrive minst tre alternativer med definerte funksjoner, aktiviteter, utstyr og kapasitet. Effektmålet for prosjektinnrammingen er å sikre riktig beslutningsgrunnlag for konseptfasen. Prosjektinnrammingsrapporten er oversendt til HSØ for endelig beslutning. Arbeid med mandat og styringsdokument for konseptfasen pågår i dialog med Sykehusbygg - rådgivning og tidligfase. HSØ vil oversende mandat for konseptfasen til SØ når styret i HSØ har godkjent prosjektinnrammingsrapporten, etter planen i løpet av 1. kvartal 2023.

#### *Økonomi*

2022 har vært et krevende år økonomisk sett for SØ med et dårligere økonomisk resultat enn budsjettert. Hovedårsaken til det negative avviket er høyere kostnader enn forutsatt på flere områder. Det største avviket, målt i kroner, er bemanningskostnader og gjelder både egne ansatte og innleie fra eksterne. Merkostnader til ansatte fordeles mellom høyere forbruk av bemanning, mer bruk av dyre løsninger (overtid, forskjøvet vakt etc.). Et betydelig høyere sykefravær enn forutsatt er en årsak til deler av merforbruket.

Årets lønns- og prisvekst har vært betydelig høyere enn forutsatt og pandemien har påvirket driften negativt gjennom hele 2022. Det har kontinuerlig vært innlagte

pasienter med covid-19. Ekstraordinære smitteregimer har derfor vært opprettholdt. I tillegg til økte bemanningskostnader og høyt sykefravær gir dette et merforbruk på varekostnader, særlig testutstyr.

Gjennom året har det vært planlagt og igangsatt kostnadsreducerende tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen uten at dette har bedret resultatet i stor grad. En stor andel av tiltakene er av langsiktig art og vil bli videreført og forsterket i tiden fremover. I tillegg planlegges det for nye tiltak for gjennomføring i 2024 for å sikre fremtidig bæreevne for videre utbygging.

På tross av en krevende bemanningssituasjon er det i løpet av året gjennomført tiltak for å øke kapasiteten i SØ. Eksempler på tiltak er:

- Utvidet sengekapasitet med 11 senger
- Flere poliklinikkrom som bidrar til flere polikliniske konsultasjoner
- Økt operasjonsaktivitet i Moss
- Bedre kapasitetsutnyttelse kveldsteam Kalnes
- Reduserte byttetider på operasjon som gir høyere kapasitet
- Pågående prosess hvor organisatoriske endringer vurderes i psykisk helsevern. Det vurderes at ressursene i hele klinikken utnyttes ikke optimalt, særlig innen ambulant virksomhet.

## **1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte**

### *Medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud*

SØ vektlegger et godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er etablert faste samarbeidsarenaer mellom sykehusets ledelse, de foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud (HVO). Tilsvarende struktur finnes også på klinikk- og avdelingsnivå. På foretaksnivå er 17 organisasjoner representert. De 12 prinsippene om medvirkning som tidligere er vedtatt i HSØ, ligger til grunn for samhandling med tillitsvalgte. Per 31.12.22 var det totalt 157 tillitsvalgte og 150 verneombud i SØ. Av disse var totalt 9,1 årsverk frikjøpte tillitsvalgte og 2,1 årsverk frikjøpte verneombud.

Administrerende direktør har i 2022 hatt 15 møter med FTV og HVO. Til disse møtene får FTV og HVO tilsendt sakene som skal behandles i sykehusledermøtet. I tillegg tas det opp aktuelle diskusjonstemaer. Tillitsvalgte og verneombud involveres i ulike prosesser bl.a. gjennom deltakelse i prosjektgrupper. Hovedverneombudet og fire av de foretakstillitsvalgte er medlemmer i Arbeidsmiljøutvalget. Det ble gjennomført fellesmøte mellom sykehusledelse og FTV/HVO i desember 2022. Flere FTV og HVO har inngått i beredskapsledermøtene i forbindelse med covid avholdt i 2022.

### *Medvirkning fra brukere, vernetjenesten og tillitsvalgte i arbeidet med Årlig melding 2022*

I arbeidet med årlig melding deltok to representanter hver fra brukerutvalget, foretakstillitsvalgte og vernetjenesten på et møte hvor de ga sine innspill til kapittel 2.1 *Positive resultater og uforløste utfordringer*. I etterkant av møtet fikk representantene tilsendt innspillene som hadde kommet inn fra klinikkene/stab, med mulighet til å komme med ytterlige innspill.

### **Uttalelse fra tillitsvalgte og vernetjenesten**

Med virkning fra januar 2017 og igjen i 2020 fikk tillitsvalgte redusert antall frikjøp og avtaletillitsvalgte, til tross for økning av antall ansatte og den krevende pandemiperioden som har vedvart. Tillitsvalgte og verneombud har fått for lite

ressurser til å ivareta reell medvirkning i de viktige prosessene som Sykehuset Østfold HF er inne i, relatert til økende samtidskonflikter. Tillitsvalgte og vernetjenesten ligger under HR avdelingen. HR avdelingen har i denne tidsperioden fått utøket og tilført administrative stillinger, noe tillitsvalgte og vernetjenesten stilte spørsmål ved, da tillitsvalgte og vernetjenesten måtte redusere. Dette medfører uteblivelse av at intensjonen med ansattes medvirkning og medbestemmelse for å skape mobilisering og tillit til de prosesser som pågår til enhver tid, jf. hovedavtalen og kapittel 8 i arbeidsmiljøloven. En reell forankring blant de ansatte er vanskelig.

Tillitsvalgte og vernetjenesten er bekymret for ansattes helse. Viser til at alt arbeid skal være forsvarlig og helsefremmende. Helsefremmende- og forebyggende arbeid oppleves som prioritert, men på grunn av Sykehuset Østfolds arealknapphet og kapasitetsutfordringer siden innflytting på Kalnes har det vært en økende utfordring.

Det har vært en stor økning av to på rom og korridorpasienter i somatikken, samt vedvarende bruk av tilleggs rom i psykiatrisk avdeling. Tilleggsrom i psykiatrisk avdeling skal iht. prosedyre kun benyttes unntaksvis. To på rom, korridorpasienter og bruk av tilleggs rom forårsaker en økt arbeids- og helsebelastning (både fysisk og psykisk) for alle ansatte. Beleggsprosenten er dimensjonert til 90 % på Kalnes sykehus, men det reelle belegget har/er til tider over 120 %.

Vi har høyere turnover i enkelte avdelinger og det er vanskelig å rekruttere og bevare kompetanse i Sykehuset Østfold HF. Dette er svært bekymringsfullt. Det er i dag satt i gang ett prosjekt som ser på denne problemstillingen, med medvirkning av tillitsvalgte og vernetjenesten.

Lokalitetene i akuttmottaket er uhensiktsmessige og har hatt arealknapphet siden innflyttingen på Kalnes, noe som er godt kjent. Tillitsvalgte og vernetjenesten gledes over at det er besluttet at utbygging av akuttmottaket skal igangsettes.

### ***Brukermedvirkning***

SØ vektlegger god brukermedvirkning både på individ- og systemnivå. HSØs 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå ligger til grunn for arbeidet.

Brukerutvalget (BU) som ble oppnevnt i 2020 består av 9 representanter. Funksjonsperioden for utvalget var 01.03.20-28.02.22. Ungdomsrådet (UR) består av 10 representanter og funksjonstiden utløp 28.02.22. Begrunnet i pandemien som førte til digitale møter og noe mindre produktivt arbeid innen brukermedvirkning, fikk BU og UR aksept fra administrerende direktør for å utvide funksjonsperiodene sine med et år til og med 31.03.23. I 2022 gjennomførte brukerutvalget 10 møter, hvor 8 møter var med fysisk oppmøte og 2 møter ble gjennomført digitalt. Ungdomsrådet gjennomførte 6 fysiske møter.

Høsten 2022 ble det gjennomført et møte mellom koordinatorene UR, samhandlingsavdelingen, leder og nestledere i UR og BU, samt administrerende direktør. Hensikten med møtet var å spesifisere utydeligheter i prosedyrene og sikre et sterkere samarbeid om sakene mellom BU og UR. De nye retningslinjene fra HSØ ble lagt til grunn for møtet og prosedyrene.

BU og UR har i 2022 oppnevnt en rekke brukerrepresentanter til ulike råd, utvalg og prosjekter. SØ har egne brukerråd innenfor psykiatri, kreft og råd for pasient- og pårørendeopplæring. SØ opplever å ha engasjerte og aktive brukermedvirkere som gir

nyttige innspill til sykehusets arbeid i forhold til utforming av pasienttilbud, pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid og forskning.

### *Brukerutvalget*

Arbeidsutvalget som ble opprettet i 2020 som skal bidra til å forberede saker for BU, har hatt noe mindre aktivitet i 2022. BU planla også for det årlige dialogmøtet med pasient- og brukerorganisasjoner og aktuelle fagenheter i SØ, men møtet lot seg ikke gjennomføre denne gangen. Temaet for dialogmøtet 2021 var helsefellesskap og møtet ble gjennomført med stasjonsvandring som endte i over 200 momenter deltakerne mente var viktige innenfor helsefellesskap, pårørendeperspektivet og psykiatri. Punktene som fikk mest oppmerksomhet fra deltakerne ble presentert i helsefellesskapet.

En av sakene i BU som i 2022 gav stort engasjement, var gjeninnføring av likepersonstilbudet i SØ. BU ser nytte og verdi i likepersonsarbeidet for pasienten og den frivillige innsatsen. I tillegg er dette en ressurs som BU mener SØ burde erkjenne og gjøre bruk av. Andre saker BU har diskutert er bekymring for psykisk helsevern, at SØ Kalnes er bygget for lite og ønske om bedre tekniske løsninger for hørselshemmede.

I hvert brukerutvalgsmøte er administrasjonen til stede og redegjør for saker som skal behandles av styret. Brukerutvalget gir sine anbefalinger og råd til administrerende direktør og styret. I november deltok hele BU i det årlige møtet med styret.

### *Ungdomsrådet*

2022 har også vært et produktivt år for ungdomsrådet som har behandlet mange saker og vært aktive. Det har vært stor pågang og etterspørsel om UR kan stille i forskjellige fora, både internt i SØ, eksternt i kommunene og i HSØ. I løpet av året har to medlemmer fratrudd og to nye blitt oppnevnt. I 2022 var målet til UR å sette fokus på barn/ungdom som pårørende.

I 2022 har UR aktivt medvirket i en temadag i rådet for pasient- og pårørendeopplæring om barn og unge. UR i SØ ble også invitert til å være vertskap for en leder/nestleder-samling for UR i HSØ. Arbeidet startet i 2022 og samlingen vil gjennomføres i 2023. UR har gjennomført en fysisk helgesamling høsten 2022 med spennende forelesere og sosial omgang.

Andre saker UR har arbeidet med er skjerming av inngangen til overgrepsmottak helsehuset i Fredrikstad og introduksjonsfilm om UR.

### ***Uttalelse fra Brukerutvalget***

Brukermedvirkningen er lovpålagt og det kan ivaretas på flere måter. Brukerutvalget ved Sykehuset Østfold ser at brukermedvirkning fungerer bra enkelte steder/områder, men ser at det er mer å hente ved å øke omfanget av brukermedvirkning, ikke minst på områder som så langt ikke har inkludert denne muligheten.

I 2022 ble det gjennomført 10 møter, 8 med fysisk oppmøte og to digitale. Mandatet gir BU anledning til å engasjere seg i/prioritere aktuelle, pasientrelaterte saker knyttet til sykehuset; i tillegg ta opp saker som man ønsker spesielt fokus på. På sykehusets nettsider ligger referater fra BU-møtene med informasjon om hvordan arbeidet har vært. Vi har tatt frem noe det som vi har vært opptatt av i 2022.

### Sykehuset Østfold er bygget for lite

Trangboddheten har gitt en rekke negative utslag, både pasienter/pårørende og ansatte. Fra sykehusets side har det vært jobbet godt for å bedre situasjonen knyttet til blant annet akuttmottak, MR, flere senger og strålesenter, både med planer og argumentasjon. Her har det blitt utsettelse.

Brukerutvalget har vært, og er, bekymret for etterslep og ventetider innen somatikk og psykisk helsevern. Vi har også sett at det har vært forsinkelser på oppfølgingstimer/kontroller. Denne bekymringen forsterkes av at det har vært, og fortsatt er, vanskelig å bemanne med riktig kompetanse og/eller kapasitet på flere områder.

### Prosjekter knyttet til hjemmeoppfølging

Det har vært interessant å følge med på det arbeidet som er knyttet til «Digital hjemmeoppfølging». Det er fokus på at ikke alle kan nyttiggjøre seg en digital løsning og at det alltid vil være noen som ivaretas «analogt». Her er det god effekt allerede og nyttige erfaringer som tenkes overført til andre områder. Vi ser med positiv forventning frem til fortsettelsen av dette arbeidet.

### Likepersonsarbeid ved SØ

Likepersonsarbeidet i SØ har hatt dårlige vilkår under pandemien. BU har i flere omganger utfordret sykehuset for å få på plass gode rutiner for dette arbeidet slik at det blir en god praksis ved sykehuset. Nytte og effekt knyttet til denne type arbeid erkjennes i og med at det er beskrevet i forskrift FOR-2019-08-21-1141. Vi forventer at dette kommer på plass og at denne ressursen igjen tas i bruk.

### Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) ved SØ

Det er i tiden at hver enkelt borger må ta mer ansvar for å ta vare på egen helse. I det perspektivet er opplæring og kursing viktig. BU har i 2022 pekt på PPO som et viktig verktøy med betydelig potensiale. God relevant opplæring/ informasjon om egen sykdom gir den enkelte trygghet til å kunne ta valg som virker helsefremmende.

### Forskning

Sykehuset Østfold satser godt og målrettet på forskning. Brukerutvalget heier på dette! Sikring og økning av kompetanse ved sykehuset er bra.

## **2. Vurdering av virksomheten**

### **2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2022**

#### **Positive resultater**

##### *Kapasitet og arbeidsflyt*

- Nytt døgnområde på Kalnes ble åpnet i desember 2022 med 10 nye senger og planlegges økt til 18 i 2023. Virksomhet som tidligere var her (kontorer og kursrom) er flyttet ut i nytt modulbygg og til ny ibruktatt 4. etasje i Kalnes Samfunnsbygg.
- Det er etablert og tatt i bruk 9 nye behandlingsrom i Moss og 16 på Kalnes, totalt 25.
- Ambulansetjenesten har økt kapasiteten i helg, tidlig natt og noe på dagtid.
- Hjereteavdelingen har etablert og drifter fire forsterkede senger.
- Kvinneklinikken har økt fra to- til tredelt vaksjikt med tilstedeværende leger 24/7 for å håndtere økt andel risikogravide og redusere samtidigtskonflikter.

Tilbud om tidlig ultralyd til alle gravide er implementert i tråd med oppdragsdokumentet, noe som betyr en dobling av antall ultralydundersøkelser i året.

### *Kvalitet*

- De fleste avdelinger i klinikk for medisin (hjertemedisin, lungemedisin, infeksjonsmedisin og nyremedisin) har oppnådd null fristbrudd.
- Pakkeforløp kreft har total måloppnåelse 77 % andel innenfor standard forløpstid (mål 70 %).
- SØ har forbedret måloppnåelse på 8 indikatorer i Nasjonalt Helseatlas (24 indikatorer), blant annet diabetesbehandling, andel pasienter med hjemmedialyse, andel brystbevarende kirurgi, andel re-operasjoner brystkreft og overlevelse endetarmskreft.
- Psykisk helsevern for voksne kan vise til forbedring av indikatorene som gjelder medvirkning til egen behandling og epikrisetid, men målet er fortsatt ikke nådd.
- Psykisk helsevern for barn og unge har generell forbedring av forløpstider i pasientforløpet.
- Intensivavdelingen fikk Forbedringsprisen 2022 for sitt systematiske kvalitetsarbeid med økt pasientsikkerhet og dobbeltkontroll av medikamenter. Dette har ført til at uønskede hendelser vedrørende manglende dobbeltkontroll av medikamenter er redusert med 70 % fra 2021 til 2022.
- Oppstart Ytre Oslofjord – et felles forbedringsprogram for helsepersonell fra Sykehuset Østfold, Sykehuset Telemark og Sykehuset i Vestfold.
- Oppstart Forbedringspoliklinikk som inngår i sykehusets satsning på kontinuerlig forbedring – hjelp og støtte til medarbeidere som ønsker å drive forbedringsarbeid i egen enhet.
- Ambulansetjenesten tok i bruk nye medikamenter som har stor betydning for tidlig smertebehandling av pasienter prehospitalt.

### *Rekruttering, bemanning og kompetanse*

- Antall lærlinger har økt både i antall og i fag. I tillegg til helsefagarbeidere og ambulansefag har vi lærlinger nå både i ernæringskokkfaget, institusjonskokkfaget, logistikkfaget, byggdrifterfaget og portørfaget.
- Flere helsefagarbeidere fra sterilforsyning har startet/gjennomført videreutdanning.
- Helsefagarbeidere i døgnområdene har fått standardisert opplæring i vedtatte fagprosedyrer som sykepleiere tradisjonelt har utført.
- SØ har i samarbeid med Fagskolen i Viken utviklet nye høyere yrkesfaglige utdanninger for helsefagarbeidere tilpasset sykehusets behov for kompetanse. Videreutdanning i kirurgisk virksomhet pågår. Videreutdanning i medisinsk virksomhet har oppstart august 2023. I tillegg starter nå et prosjekt med å utvikle videreutdanning i intensivpleie.
- Dokumentasjonssenteret samarbeider med Mysen vgs. for å utdanne flere autoriserte helsesekretærer.
- Antall utdanningsstillinger for sykepleiere som tar master-/videreutdanninger har økt og utdanningskapasiteten på Høgskolen i Østfold (HiØ) er økt.

- I samarbeid med HiØ er det ansatt tre medarbeidere i kombinerte stillinger hvor målet er å bedre kvaliteten i praksis for masterutdanningene i klinisk sykepleie (anestesi, intensiv og operasjon) og videreutdanningen i akuttisykepleie.
- Etablert *praksisprosjekt HSØ* hvor SØ er pilot. Målet er å øke kapasitet og kvalitet i praksisstudiene for bachelorstudenter. Prosjektet er nå i implementeringsfasen.
- Det er etablert et prosjekt i klinikk for medisin: *Sykepleiere, hvordan beholde og utvikle*.
- Heltidsprosjektet ha gitt positive resultater og SØ har fått flere i heltid.
- Nesten alle enheter har nå utarbeidet og/eller tatt i bruk kompetanseplaner i Kompetanseportalen som gir ledere bedre styring over tilgjengelig kompetanse.
- Utdanningsansvarlig overlege (UAO) er nå etablert innen alle spesialiteter og nettverk for UAO er etablert.
- SØ har etablert et [forum for sykehjemsmedisin](#) hvor målet er kompetanseheving for sykehjemsleger.
- For å hjelpe overlegene i utfordrende arbeidssituasjoner er det etablert et prosjekt med veiledningsgrupper for overleger med deltakelse fra prestetjenesten.

#### *Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi*

- Mobilapp for blodprøvetaking er innført. Gevinstene er økt kvalitet gjennom lukket sløyfe for prøvetaking, minimering av risiko for feilregistreringer og følgekonsekvenser av disse, og en effektivisering av arbeidsprosesser. SØ ble nominert til EHiN (E-Helse i Norge)-pris 2022 for dette arbeidet.
- Nimble til bruk i digital hjemmeoppfølging er iverksatt og over 200 pasienter i kreftavdelingen er inkludert. Pasientene måler blant annet blodtrykk, puls og temperatur hjemme og resultatene overføres direkte til sykehuset.
- Blodprøvetaking i hjemmet er igangsatt, og løsningen er testet ut på 12 pasienter.
- SØ er det eneste sykehuslaboratoriet i Norge som har analyse av anabole steroider i urin på repertoaret og mottar prøver fra flere andre fylker.
- Tidlig ultralyd og NIPT (prøve av fosterets DNA som kan avdekke kromosomavvik) er innført på klinikk for kvinne-barn.
- Etablert ny driftsmodell, *ortogeriatrici*, som skal gi økt geriatrisk kompetanse i et tverrfaglig behandlingsteam for eldre hoftebruddspasienter.
- ØNH-avdelingen har startet med laserbehandling av tonsiller (mandler).
- Fysikalsk medisin har etablert poliklinikk for helse og arbeid med tverrfaglig vurdering for å sikre rask avklaring av pasienter som har hatt kort sykdomsløp med muskel- og skjelettplager.
- Revmatologisk avdeling har åpnet for digital selvregistrering for pasienter, og etablert forløp for Aclastabehandling for osteoporosepasienter.
- Hjerteravdelingen har startet med høyrekateterisering og PM-teknikerne (sykepleiere med tilleggskompetanse) har startet med implantering av ILR (hjerterytmef-overvåker).
- De første pasientene med godartet prostatahyperplasi ble behandlet med prostata arterie-embolisering i 2021. I løpet av 2022 ble ca. 20 pasienter behandlet med godt resultat. Behandlingen utføres av radiologer med spesialkompetanse i intervensjonsradiologi.



- Nukleærmedisin har startet opp med en ny PET/CT-undersøkelse for å lokalisere parathyreoideaadenom hos pasienter som skal til operasjon der adenomet ikke har blitt påvist/lokalisert ved parathyreoideascintigrafi.
- Forskningsavdelingen har forbedret infrastrukturen gjennom å etablere seksjon for kliniske behandlingsstudier. Dette vil være med på å styrke evnen til å gjennomføre kliniske behandlingsstudier på sykehuset. I løpet av 2022 har SØ fått tilslag på flere søknader om eksterne midler inkludert fra Kreftforeningen, Helse-sør øst og Klinbeforsk. Dette vil bidra til videre utvikling av infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier, og oppstart av flere nye forskningsprosjekter som vil gjennomføres i åren fremover.
- Ny parkeringsløsning på Kalnes med kamerastyrt parkering og automatisk skiltavlesning har gitt en bedre opplevelse for brukerne.

### *Psykisk helsevern og TSB*

De distriktbaserte tjenestene innenfor psykisk helsevern og rusbehandling i Fredrikstad (totalt 6 virksomheter, Fredrikstadklinikken) er samlokalisert i eksisterende eiet bygningsmasse i St. Joseph fra og med 31.12.22. Diverse etterslep utbedres de neste 7-10 årene.

Det er iverksatt flere kompetansehevende tiltak i klinikken:

- Psykiatrisk avdeling har i samarbeid med AOF lagt til rette for et tilbud som fører til at ansatte uten formalkompetanse innen helsefag kan få tatt fagbrev som helsefagarbeidere.
- Psykiatrisk avdeling har fra mai 2022 i samarbeid med bemanningsavdelingen utviklet og implementert et eget program for trainee-vernepleiere.
- Alle døgnsesksjonene i psykiatrisk avdeling, DPS, TSB og UPS (ungdomspsykiatri) har gjennomført opplæring via regionalt ressurscenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i behandling av traumer og suicidalitet høsten 2022.
- MAP (møte med aggresjonsproblematikk) er integrert i store deler virksomheten. Psykiatrisk avdeling bidrar også til forskning og utvikling av modellen på nasjonalt nivå.
- Psykiatrisk avdeling har i 2022 fortsatt arbeidet med implementering av systemer for kontinuerlig forbedring på avdelingsnivå ved samtlige døgnsesksjoner. Arbeidet har særlig fokus på kapasitet ved døgnsesksjoner, utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser.
- Det er etablert et samarbeid med fastlegene gjennom systematiske arbeidsgrupper med PKO (samhandlingsleger), kommuneoverlegene, ledere av psykisk helse i kommuner og helsefelleskapet for øvrig.
- Implementering av BASIS (*Behandling av seksuallovbruddsproblematikk i spesialisthelsetjenesten*) har styrket kompetanse og kunnskap om personer som begår seksuelle overgrep og har gitt et behandlingstilbud for denne pasientgruppen. Det er etablert et fagnettverk for fengselspsykiatri som å arbeider for økt kompetanse innenfor dette fagområde.
- Psykisk helsevern SØ deltar som pilot med innføring av e-Mestring for pasienter innenfor *Helse og Arbeid* (del av *Regionalt prosjekt for innføring av eMestring i HSØ*). Behandlingsprogram er under utarbeidelse og vil i løpet av våren 2023 gå

over i en fase II av prosjektet der tilbudet vil bli tilgjengelig for flere behandlere, primært i poliklinikkene i hele klinikken.

- Et innovasjonsprosjekt i samarbeid med OUS har gitt psykisk helsevern mulighet til å prøve ut ny teknologi med VR briller i de ordinære behandlingsforløpene. En prosjektgruppe i Sarpsborgpoliklinikken har prøvd ut dette i praksis og benyttet dette som metode både i individualbehandling og gruppebehandling. Erfaringene viser at metoden kan skape en trygg, men virkelighetsnær ramme for behandling, der eksponering er en viktig del av terapien.

*Annet:*

- Håndtering av koronapandemien ble godt ivaretatt også i 2022. Mer trygghet, bedre fordeling av roller, god oppgavedeling og god informasjon fra ledelsen. Brukerutvalget opplevde at sykehuset tok læring av tilbakemeldingene om behandling av restriksjoner for besøkende under koronapandemien.

## **Uløste utfordringer**

*Kvalitet*

SØ skårer fortsatt lavt på enkelte nasjonale kvalitetsindikatorer sammenlignet med andre sykehus. Det er derfor etablert en struktur for å heve resultatene på nasjonale kvalitetsindikatorer og helseatlas.

SØ skårer fortsatt lavt på flere parametere i PasOpp-undersøkelsen (årlig spørreundersøkelse om pasienters erfaringer med opphold i spesialisthelsetjenesten 2019-24). SØ arbeider med systematiske forbedringstiltak, bl.a. avdelingsvise fortløpende brukerundersøkelser. Kvinneklinikken startet med dette i 2022, klinikk for medisin startet i januar 2023. Det arbeides også med strukturert utskrivningssamtale.

Flere av målene i Oppdrag og bestilling 2022 innen psykisk helsevern og TSB er ikke nådd, men det er iverksatt tiltak på disse områdene:

- Å styrke psykisk helsevern og TSB slik at tilbudet kan trappes opp for barn og unge, samt voksne med alvorlig psykisk lidelse. Budsjettprosess for 2022 la opp til aktivitetsvekst for fagområdet psykisk helsevern og TSB, men målet er ikke nådd.
- SØ innfrir ikke målet om at aktiviteten skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021 innenfor BUP (poliklinikk/døgn) og VOP (poliklinikk). Avviket er størst innen VOP og skyldes i stor grad lavere aktivitet i de ambulante teamene. Det har også i løpet av året vært rekrutteringsutfordringer innen alle områdene. Dette gjelder både psykiatere og psykologspesialister.
- SØ innfrir ikke målet om gjennomsnittlig ventetid i VOP og BUP, men for TSB er målet innfridd.

Innen somatikk er det også manglende måloppnåelse på enkelte indikatorer fra *Oppdrag og bestilling*. Dette gjelder ventetid, pasientavtaler, polikliniske telefon- og videokonsultasjoner og epikrisetid. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre resultatoppnåelsen.

Målet om at samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012 er ikke oppnådd og SØ er det helseforetaket med høyest forbruk i Norge.

#### *Kompetanse, bemanning og rekruttering*

Det er store utfordringer knyttet til rekruttering av enkelte legespesialister/overleger, psykologer, spesialsykepleiere, jordmødre og sykepleiere. Det er mangler på tilstrekkelig tilgjengelig spesialistdekning utfra forventinger/krav/oppdrag, spesielt i psykisk helsevern. Her er det også en utfordring med rekruttering av kvalifiserte LIS 2-3 til spesialisering i psykiatri.

Enkelte døgnområder har høy turnover. Personalet har i lang tid opplevd høyt arbeidspress.

Likepersonsarbeidet ble stoppet i forbindelse med covid og er etterspurt av brukerutvalget. SØ vil støtte opp under brukerorganisasjonenes innsats for likepersonsarbeid og legge til rette for at kliniske enheter har den informasjonen som er nødvendig for å etablere kontakt mellom aktuell pasient og relevant organisasjon/likeperson.

BU etterspør også styrking av pasient- og pårørendeopplæring.

#### *Kapasitet- og arealutfordringer*

Det er behov for å styrke sykehusets kapasitet på alle omsorgsnivåer og dermed et stort behov for økte arealer. SØ ble planlagt med ambisiøse mål, høy utnyttelsesgrad (90 % belegg somatikk) og organisatoriske endringer. Hovedutfordringen er kapasitet døgn, dag og poliklinikk innen somatikk. I psykisk helsevern og rusbehandling er det behov for å styrke kapasiteten, både for voksne, barn og ungdom og det ses en økning av pasienter som har behov for innleggelse på sykehusnivå. Det blir derfor viktig å vurdere dimensjonering mellom døgn, dag og poliklinikk i tiden framover. Det planlegges å etablere en ny døgnseksjon i Kalnes i løpet av 2023.

Plassmangel gir også store utfordringer, innenfor både somatikk og psykisk helsevern. I somatiske døgnområder betyr dette at pasienter må ligge på korridor plass, det er mangel på lagerplass og logistikk og renhold blir ikke optimalt. For å bedre korridorproblematikken er det gjort midlertidige endringer slik at to pasienter legges på enerom (46 slike rom kan disponeres per i dag). Dette krever dispensasjon fra Arbeidstilsynet, SØ fikk i desember 2022 fornyet denne frem til 01.09.23. Det er vanskelig å se andre løsninger på denne problemstillingen før nytt sengebygg er på plass. I psykisk helsevern har man tatt i bruk tilleggsrom som ikke var beregnet til pasientbehandling.

Det er heller ikke funnet økonomisk handlingsrom for en ny ambulansestasjon i Halden.

#### *Bærekraftig økonomi*

SØ har et foreløpig negativt regnskapsresultat i 2022 på 114,8 mill. kroner. For å skape økonomisk handlingsrom og gjennomføre nødvendige investeringer, kreves det en kostnadstilpasning innenfor gitte inntektsrammer. Det må arbeides videre med å finne gode løsninger for riktig bruk av personell, medisinskteknisk utstyr (MTU), bygninger og IKT. Dette arbeidet vil bli konkretisert gjennom arbeidet med økonomisk langtidspan for 2024-27.

## **2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering**

Organiseringen i SØ skal bidra til tilgjengelighet, god kvalitet og sikkerhet for pasientene, og sammen med en økonomi i balanse skal den gi tilstrekkelig handlingsrom som også muliggjør fremtidige investeringer.

Det vil fortløpende være behov for endringer i organisering og lokalisering av oppgaver for å oppnå god kvalitet og effektiv drift. Evne til omstilling og organisasjonsutvikling er viktig i ledelse og styring av virksomheten.

I SØ er følgende større omstillinger gjennomført i 2022:

- Nytt døgnområde og flere poliklinikkrom i somatisk virksomhet
- De distriktbaserte tjenestene innen psykisk helsevern og rusbehandling i Fredrikstad er samlokalisert i ett bygg (Fredrikstadklinikken)
- Etablert program for digital hjemmeoppfølging

### 3. Oppfølging av styringsbudskap for 2022

#### 3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

##### 3.1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

- *Styrke psykisk helsevern og TSB slik at tilbudet kan trappes opp for barn og unge, samt voksne med alvorlig psykisk lidelse. Forebygging og kvalitet skal prioriteres, og utfall av behandling skal vektlegges.*

Budsjettprosess for 2022 la opp til aktivitetsvekst for fagområdet psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). **Målet er ikke nådd.**

Tiltak:

Det er i løpet av året jobbet kontinuerlig for å oppnå aktivitetsmålene i psykisk helsevern for voksne (VOP) og psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP):

- Det er tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Det er økt lederstøtte til seksjoner som ikke innfrir iht. aktivitet.
- Organisatoriske endringer er besluttet, som en følge av et evalueringsarbeid knyttet til øyeblikkelig-hjelp-forløpet, bruk av ressurser i ambulant akutt team (AAT).
- Det er vurdert justeringer av avdelingsbudsjettene.
- Det er satt fokus på raskere avslutning av saker.
- Gruppebehandlingstilbudet er styrket.
- Det er økt fokus på rekrutteringsarbeidet – flere kanaler brukes, alternativ annonsering bl.a. i sosiale medier, bruker nettverk, kjøp av rekrutteringstjenester.
- Det er gjennomført kveldspoliklinikk ved flere avdelinger.
- Det foretas ekstern innleie av personell for å midlertidig motvirke vakanser.

- *Aktiviteten i psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021. Dette gjelder både innen døgnbehandling, dag- og poliklinisk aktivitet.*

**Målet er ikke nådd.** Avviket er størst innen VOP og skyldes i stor grad lavere aktivitet i de ambulante teamene. Det har også i løpet av året vært rekrutteringsutfordringer innen alle områdene. Dette gjelder både psykiatere og psykologspesialister. Pandemien påvirket også aktiviteten i stor grad i årets første måneder.

Målet innfris innenfor TSB og VOP (døgn).

Oversikten under viser følgende resultat etter november:

	Polikliniske konsultasjoner		
	Faktisk HIÅ 2021	Faktisk HIÅ 2022	Endring i %
VOP	65 433	64 579	-1,3 %
BUP	42 224	39 229	-7,1 %
TSB	28 552	28 558	0,02 %
	Utskrevne pasienter		
	Faktisk HIÅ 2021	Faktisk HIÅ 2022	Endring i %
VOP	2 341	2 372	1,3 %
BUP	251	208	-17,1 %
TSB	532	615	15,6 %

#### Tiltak:

For å øke aktiviteten innenfor VOP og BUP poliklinikker er følgende tiltak iverksatt:

- Det er tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Det er økt lederstøtte til seksjoner som ikke innfrir iht. aktivitet
- Organisatoriske endringer er besluttet, som en følge av et evalueringsarbeid knyttet til øyeblikkelig-hjelp-forløpet, bruk av ressurser i ambulant akutt team (AAT).
- Det er vurdert justeringer av avdelingsbudsjettene
- Det er satt fokus på raskere avslutning av saker
- Gruppebehandlingstilbudet er styrket
- Det er økt fokus på rekrutteringsarbeidet – flere kanaler brukes, alternativ annonsering bl.a. i sosiale medier, bruker nettverk, kjøp av rekrutteringstjenester
- Det er gjennomført kveldspoliklinikk ved flere avdelinger
- Det foretas ekstern innleie av personell for midlertidig motvirke vakanser

Aktiviteten i døgn har økt uten behov for tiltak. Det er særlig en økning i beleggsprosenten, med stadig overbelegg på døgnplasser på sykehusnivå, som har ført til en økning i døgnaktivitet. Når det gjelder dagbehandling har denne blitt styrket innenfor PHV for voksne gjennom økt satsning på gruppebehandling, mens dagaktiviteten har blitt styrket for barn og ungdom gjennom opprettelsen av et områdedekkende DBT<sup>3</sup>-team.

<sup>3</sup> DBT - Dialectical behavior therapy

- *Fra 2021 til 2022 skal den budsjetterte veksten i kostnader til psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, være høyere enn den budsjetterte veksten i kostnader til somatikk.*

Budsjettprosess for 2022 la opp til økonomisk vekst for fagområdet psykisk helsevern og TSB. **Målet er nådd i BUP og TSB, men ikke i VOP.**

- *Helseforetaket skal i tråd med nasjonal alkoholstrategi 2021 – 2025 sørge for gode basistjenester innen TSB i alle helseforetak, styrke rusbehandlingstilbudet til barn og unge og utvikle rutiner for samhandling mellom somatiske avdelinger, psykisk helsevern og TSB.*

**Målet er nådd.** Tverrfaglig spesialisert rusbehandling innfrir på de fleste måltall.

Tiltak:

- TSB sørger for gode basistjenester med særskilt fokus på
  - oppretting av FACT<sup>4</sup>-team ved alle poliklinikker.
  - evaluering av behandlingsforløp.
- Det er startet opp prosjekt samhandling TSB/somatikk/psykisk helsevern som har som formål
  - å utvikle gode pasientforløp ved overdoser/intoxer.
  - å sikre kartlegging og tilbud om oppfølging til pasienter innlagt i somatikk med alkoholrelaterte problemstillinger.
  - å bidra mer aktivt i klinikkens ø-hjelpsforløp og akutt TSB.

- *Helsetjenesten som deltar i team for helsekartlegging i barnevernet har nødvendig språklig og kulturell kompetanse når samiske barn som skal plasseres utenfor hjemmet.  
Det vises til oppdragsdokument 2021: Helse Nord RHF skal opprette et prosjekt som skal utrede muligheten for nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.*

**Målet er ikke nådd.** SØ har per nå ikke språkkompetanse i samisk.

- *Helseforetaket bes om å prioritere å styrke psykisk helsevern og TSB, jf. oppdrag og bestilling 2022 hvor det er innført mål om å styrke tilbudet for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser, samt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern, både for voksne og barn/unge, skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021. Dette gjelder både innen døgnbehandling, dag- og poliklinisk aktivitet.*

---

<sup>4</sup> FACT – Flexible assertive community treatment

*Det har vært en økning i henvisninger og antall i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene. Helseforetaket skal prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. Helseforetaket må selv vurdere hvilke tilbud og tiltak som må styrkes, for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle nivå. Ved mistanke om utvikling av alvorlige lidelser, er det viktig med tidlig oppfølging og behandling. Her vil også kommunal helse- og omsorgstjeneste ha en viktig rolle. Det vises til at barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er to av de fire pasientgruppene som helseforetakene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene.*

**Målet er delvis nådd.** Klinikken for psykisk helsevern er i en omstillingsprosess hvor en ser på mulighet for å omstille mer ressurser til en av døgnsesksjonene i BUP. Hensikten med dette er å styrke tilbudet ved døgnsesksjonen gjennom styrking av ambulante ressurser i oppfølging av alvorlige spiseforstyrrelser for de yngste ungdommene.

Status på oppdraget gitt i Nasjonal helse og sykehusplan om felles planlegging kommuner/sykehus av tjenester til de prioriterte pasientgruppene er:

1. Barn og unge

*Underutvalg barn og unge – psykisk helse* leverte sin rapport i februar 2022. Ut fra forslagene i rapporten er det vedtatt en handlingsplan for pasientgruppa. Det er bl.a.:

- a. etablert et fast underutvalg med deltakere fra alle kommuner (inkl. skole og oppvekst), BUP, fastlege, brukerutvalg og ungdomsråd. Utvalget skal følge dette fagfeltet tett for å forbedre det totale tilbudet, sørge for effektiv kommunikasjon og enighet om ansvarsfordeling slik at tjenestene henger godt sammen.
- b. Gi alle kommuner tilbud om deltakelse i FACT-ung-team. 3 (av 5) team er under utvikling/etablering.

2. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- a. FACT-team er etablert og under utvikling i hele regionen
- b. Lokale/regionale møteplasser etableres/reetableres for kommuner, DPS, TSB og psykiatrisk avdeling i hele fylket.
  - a. er pågående fra 2022 og b. er under utvikling nå.

### 3.1.2 Ventetid psykisk helsevern og TSB

- *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.*

**Målet er ikke nådd.** Gjennomsnittlig ventetid var i 2022 56,2 dager, i desember 45,3 dager.

Tiltak for å oppnå målet:

- Det er tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk- og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Det er økt lederstøtte til seksjoner som ikke innfrir iht. aktivitet.



- Organisatoriske endringer er besluttet, som en følge av et evalueringsarbeid knyttet til øyeblikkelig-hjelp-forløpet, bruk av ressurser i ambulant akutt team (AAT).
- Det er vurdert justeringer av avdelingsbudsjettene.
- Det er satt fokus på raskere avslutning av saker.
- Gruppebehandlingstilbudet er styrket.
- Det er økt fokus på rekrutteringsarbeidet – flere kanaler brukes, alternativ annonsering bl.a. i sosiale medier, bruker nettverk, kjøp av rekrutteringstjenester.
- Det er gjennomført kveldspoliklinikk ved flere avdelinger.
- Det foretas ekstern innleie av personell for midlertidig motvirke vakanser.

• *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.*

**Målet er ikke nådd.** Gjennomsnittlig ventetid var i 2022 50,2 dager, i desember 47,0 dager.

Tiltak for å oppnå målet:

- Det er etablert en prøveordning ved BUP Fredrikstad hvor samtlige pasienter som henvises til BUP tas inn og tilbys en basiskartlegging. Erfaringer med ordningen skal evalueres med tanke på mulighet for bredding til øvrige avdelinger i klinikken.
- Det er tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Det er økt lederstøtte til seksjoner som ikke innfrir iht. aktivitet
- Organisatoriske endringer er besluttet, som en følge av et evalueringsarbeid knyttet til øyeblikkelig-hjelp-forløpet, bruk av ressurser i ambulant akutt team (AAT).
- Det er vurdert justeringer av avdelingsbudsjettene
- Det er satt fokus på raskere avslutning av saker
- Gruppebehandlingstilbudet er styrket
- Det er økt fokus på rekrutteringsarbeidet – flere kanaler brukes, alternativ annonsering bl.a. i sosiale medier, bruker nettverk, kjøp av rekrutteringstjenester
- Det er gjennomført kveldspoliklinikk ved flere avdelinger
- Det foretas ekstern innleie av personell for midlertidig motvirke vakanser

• *Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 30 dager for TSB.*

**Målet er nådd.** Gjennomsnittlig ventetid var i 2022 19,1 dager, i desember 20,2 dager.

### 3.1.3 Pasientforløp psykisk helsevern og TSB

- *Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.*

**Målet er ikke nådd.** utfordringer knyttet til registreringspraksis medfører at antallet som rapporteres videre er for lavt.

Evaluering	
Hele klinikken:	53,5 %
VOP	48,5 %
TSB	47,2 %
BUP	66,6 %

(Interne tall).

Tiltak:

- Det arbeides kontinuerlig med tilrettelegging av gode rutiner knyttet til registreringspraksis (retting/riktig registrering) i behandler- og merkantilgruppen.
- Det er kontinuerlig oppfølging av status mtp. behov for forbedringstiltak.
- SØ arbeider med å utvikle et nytt monitoreringsverktøy som skal bidra til at behandlerne og merkantil skal få enklere oversikt over pasientforløpene. Verktøyet er forventet ferdig i 2023. Bedre oversikt over pasientforløpene forventes i tillegg å bidra til at registreringen forbedres.
- Det er utarbeidet maler i DIPS som tar utgangspunkt i kravene i pakkeforløpene for å sikre at krav til dokumentasjon blir fulgt opp, samt for å underlette arbeidet med internkontroller.
- Det er gjennomført et digitalt egenkartleggingstilsyn ved BUP. Tilbakemeldingene fra tilsynet er utgangspunkt for et forbedringsarbeid i BUP knyttet til dokumentasjon. Arbeidet vil evalueres med mulighet for bredding til øvrige avdelinger i klinikken.

- *Andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.*

**Målet er ikke nådd.** Andel behandlingsplaner i pasientforløp er 56,1 % i 2022. utfordringer knyttet til registreringspraksis har medført at antallet som rapporteres videre er for lavt.

Tiltak for å oppnå målet:

- Det arbeides kontinuerlig med tilrettelegging av gode rutiner knyttet til registreringspraksis (retting/riktig registrering) i behandler- og merkantilgruppen.
- Det er kontinuerlig oppfølging av status mtp. behov for forbedringstiltak.
- SØ arbeider med å utvikle et nytt monitoreringsverktøy som skal bidra til at behandlerne og merkantil skal få enklere oversikt over pasientforløpene. Verktøyet er forventet ferdig i 2023. Bedre oversikt over pasientforløpene forventes i tillegg å bidra til at registreringen forbedres.
- Det er utarbeidet maler i DIPS som tar utgangspunkt i kravene i pakkeforløpene for å sikre at krav til dokumentasjon blir fulgt opp, samt for å underlette arbeidet med internkontroller.

- Det er gjennomført et digitalt egenkartleggingstilsyn ved BUP. Tilbakemeldingene fra tilsynet er utgangspunkt for et forbedringsarbeid i BUP knyttet til dokumentasjon. Arbeidet vil evalueres med mulighet for å ta i bruk i øvrige avdelinger i klinikken.

### 3.1.4 Epikriser psykisk helsevern og TSB

- *Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.*

**Målet er delvis nådd.** TSB har et resultat på 80 % og innfrir målet. Psykisk helsevern for voksne har et resultatet på 52 % og innfrir ikke målet. Dette skyldes blant annet vakante spesialiststillinger og kravet om at epikriser må kontrasieres av spesialist for ikke-spesialistene.

Tiltak:

- Det er økt fokus på rekruttering – flere kanaler brukes, f.eks. alternativ annonsering bl.a. i sosiale medier, bruker nettverk, kjøp av rekrutteringstjenester.
- Det er fokus i oppfølgingsmøter.
- Innføring av talegjenkjenning antas å ha effekt.
- Opplæring i epikriseskriving.
- Det er fokus på oppgaveplanlegging.
- Det er tettere oppfølging av behandlere.

### 3.1.5 Henvisninger psykisk helsevern

- *Helseforetaket skal innen utgangen av 2022 ha etablert og i funksjon de felles henvisningsmottakene (helseforetak/avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.*

**Målet er delvis nådd.** Arbeidet knyttet til etablering av felles henvisningsmottak er startet opp og er forventet å være innført innen ny frist 01.09.23.

Tiltak:

Det er nedsatt en arbeidsgruppe som i samarbeid med avtalespesialister arbeider med å etablere felles henvisningsmottak.

- *Helseforetaket skal tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.*

**Målet er delvis nådd.** Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering (BUP) har startet opp og er i gang med intern prosessforbedring for å etablere oppmøtebaserte vurderingssamtaler raskt etter mottak av henvisning som en fast rutine ved alle poliklinikker. Hensikten er å gi rask avklaring av bakgrunnen for henvisning og hjelpebehov, samt en vurdering av om BUP er rett sted for pasienten, eller om kommunalt tilbud bør prøves først (jf. Nasjonale pasientforløp).

Tiltak:

Det jobbes med å videreutvikle tilbudet som er under implementering.

### 3.1.6 Tvangsbruk psykisk helsevern

- *Forhindre feil bruk av tvang og tilrettelegge tjenestene slik at forebygging av aggresjon og vold understøttes.*

**Målet er nådd.** Det er sterk reduksjon av tvang de siste 6 månedene. Interne tall viser en sterk dreining til at mindre inngripende tvangsmidler benyttes, som eksempelvis kortvarig fastholding fremfor mekaniske tvangsmidler.

Tiltak:

Det arbeides systematisk med dette i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Rapport for redusert bruk av tvang er implementert med følgende hovedpunkter:

- Ansvarshavende får myndighet til å fatte vedtak om bruk av tvangsmidler (unntaksregelen).
- Bruk av trinnvis tilnærming i bruk av tvangsmidler (MAP<sup>5</sup>).
- Utarbeidet felles kriterier for registrering av tvangsmidler.
- Fjerning av ferdig monterte beltesenger (planlagt gjennomført 2023).
- Gjennomgang av samtlige husordensregler.
- Øvrige kompetansetiltak:
  - Innført systematisk bruk av voldsrisikovurdering (V-risk 10 ved innkomst).
  - Rutine for involvering av pasient i vurdering av voldsrisiko (samarbeidsdialog).
  - Revidert prosedyre for *Ettersamtaler* og utarbeidet maler i DIPS.
- Utdannet MAP-instruktører i samtlige avdelinger.

### 3.1.7 Forebygging av selvmord

- *Det vises til tiltak i Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*

*Psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er en viktig bakenforliggende faktor ved selvmord, og mange av de som dør i selvmord har vært i kontakt med psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling det siste året.*

*Helseforetaket skal etablere gode rutiner:*

- *for kartlegging og tiltak ved selvskading hos barn og unge*
- *ved somatisk akuttmottak som sørger for god håndtering ved selvskading eller selvmordsforsøk*
- *for utsendelse av epikrise samme dag som utskrivelse etter selvskading eller selvmordsforsøk*
- *for oppfølging etter utskrivelse, inkludert oppdatert kriseplan*

<sup>5</sup> MAP - Møte med Aggresjonsproblematikk

- *som fremmer involvering og samarbeid med pårørende til pasienter som har gjort selvmordsforsøk eller selvskading*
- *for hvordan etterlatte skal følges opp*

**Målet er nådd.** SØ har utarbeidet gode rutiner og retningslinjer som er i samsvar med Regjeringens handlingsplan for selvmord.

Av tiltak som kan trekkes frem fra handlingsplan forebygging av selvmord i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling kan nevnes:

- For kartlegging og tiltak ved selvskading hos barn og unge
  - Tiltak:  
Lege- eller psykologspesialist inn tidlig i forløpet ved henvisning for alvorlig depresjon
- Ved somatisk akuttmottak som sørger for god håndtering ved selvskading eller selvmordsforsøk
  - Tiltak:  
SØ er en del av regional arbeidsgruppe som har tema å sørge for at det etableres gode rutiner ved somatiske akuttmottak som sørger for god håndtering ved selvskading eller selvmordsforsøk. Med utgangspunkt i regional arbeidsgruppe vil det bli nedsatt en forbedringsgruppe i SØ som skal bidra til gode rutiner ved somatiske akuttmottak som sørger for god håndtering ved selvskading eller selvmordsforsøk. Forbedringsarbeidet startet i desember 2022 og vil fortsette i 2023

I tillegg til punktene over kan nevnes at SØ har en systematikk på strukturerte internrevisjoner av dokumentasjon av selvmordsrisiko i journal. Det gjennomføres internrevisjon av 4 seksjoner i klinikken hvert år. I tillegg gjennomføres det ukentlige stikkprøvekontroller av journaler knyttet til dokumentasjon av selvmordsrisiko i journal.

## 3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet

### 3.2.1 Bemanning og kompetanse

- *Det skal arbeides med tiltak som bidrar til å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell. Det skal tilrettelegges for praksisplasser og læreplasser.*

**Målet er nådd.** SØ legger til rette for praksis for ca. 800 studenter årlig fra 27 ulike studieretninger, hvorav den største andelen er sykepleiestudenter.

Eksempler på tiltak for å rekruttere:

- Praksisprosjektet HSØ, implementeringsprosjektet SØ
- Menn i Helse (nasjonalt) (to nye rekrutter)
- Etablert tre nye råd:
  - Utdanningsråd for høyskole- og universitetsutdanning
  - Utdanningsråd for videregående opplæring
  - Utdanningsansvarlig overlege, nettverk

- Det er opprettet tre kombinerte stillinger med Høgskolen i Østfold som skal bidra til å øke veilederkompetansen til praksisveiledere for spesialsykepleierstudenter.
- I senter for laboratoriemedisin vurderes andre profesjoner enn tradisjonelt laboratoriepersonell.
- I samarbeid med Høgskolen i Østfold er det etablert et prosjekt på samarbeidsmidler for å videreutvikle praksisordningen for bioingeniørstudentene.
- Videosøknad for ledig stilling (FoU-prosjekt) "Digital rekruttering for økt inkludering og mangfold" er under planlegging, og skal prøves ut i 2023.
- Nytt rekrutteringsverktøy VIPO er tatt i bruk for å forenkle søknadsprosessen.
- Årshjul er utarbeidet og aktiviteter gjennom året er definert for Rekrutteringsgruppa (samarbeid mellom fag- og kompetanseavdelingen og HR). Strukturert arbeid for å tiltrekke oss søkere.
- Traineeprogrammene helsefagarbeider, sykepleier og vernepleier er videreutviklet og det ansettes flere nye per år. Dette har gitt god effekt mht. rekruttering.
- Rekrutteringsfilmer
- Det er ansatt sykepleiere på barsel som rekrutteringstiltak til fremtidig jordmoryrke.
- Det har vært arbeidet med å få til kombinasjonsstillinger for jordmødre i samarbeid med kommunene, men det har ikke lyktes å etablere avtaler. Dette følges opp og er på agendaen i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Interkommunal vaktordning er tema når retningslinje 8 nå skal revideres.
- Det arbeides med å øke antall psykologistudenter i hovedpraksis. SØ har bl.a. etablert et samarbeid med Oslo Met som vil starte psykologutdanning om få år.
- Det arbeides med å tilby attraktive arbeidsplasser gjennom mulighet for kombinerte stillinger. For leger i psykisk helsevern og psykologer er dette stillinger hvor det kan legges til rette for kombinasjon med forskning, som vi ser kan virke rekrutterende for enkelte fagpersoner.
- Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal kartlegge tiltak for å beholde og rekruttere leger i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Det er avholdt to møter og arbeidet skal lede fram til en rapport hvor tiltak foreslås.
- Rekruttere fra egne LIS-grupper til overlegestillinger.

Eksempler på tiltak for å beholde:

- Prosjektet «Beholde og øke kompetanse for sykepleiere i klinikk for medisin» pågår. Forslag til tiltak på milepæler pågår.
- Rapporter for eksternt turnover/personell som slutter i SØ finnes i RDAP6. Lederne kan følge utviklingen.
- Oppgavedeling fra sykepleier til helsefagarbeider – egne kompetanseplaner er utarbeidet og opplæring er i full gang.
- Prosjekt Heltid er nå i fase 2, der det bl.a. skal prøves ut overtallsbemanning 12,5 timers vakter på helg og flere mulige typer kombinasjonsstillinger.
- SØ deltar i bransjeprogrammene «Der skoen trykker» og «Tidlig og tett på» for å beholde personell.
- Rekruttere fra egne LIS grupper til overlegestillinger.

---

<sup>6</sup> RDAP – Regional data- og analyseplattform

- Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som skal kartlegge tiltak for å beholde og rekruttere leger i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Det er avholdt to møter og arbeidet skal lede fram til en rapport hvor tiltak foreslås.
- Kreftavdelingen har etablert fagspesifikk gruppe, i første omgang mot poliklinisk behandling og ansvar. Det er også etablert felles møter om felles kompetansekrav ved døgnenhet, kreftpoliklinikk og senter for lindrende behandling. Alle tilbys 100 % stilling fra poliklinikken i kombinasjon poliklinikk/døgnenhet.

Eksempler på tiltak for å utvikle:

- Utvikling av nye videreutdanninger for helsefagarbeidere i samarbeid med Fagskolen i Viken (videreutdanning i kirurgisk virksomhet pågår, utviklet studieplan for videreutdanning i medisinsk virksomhet med oppstart august 2023, det foreligger en prosjektplan for videreutdanning i intensivpleie med prosjektstart januar 2023).
- Oppgavedeling fra sykepleier til helsefagarbeider – egne kompetanseplaner er utarbeidet og opplæring er i full gang.
- Program for ledermobilisering er igangsatt med to grupper à 6 medarbeidere.
- Autorisasjon helsesekretærer pilot 10 deltakere i 2022 og 10 nye 2023.
- Akuttmottaket har omdisponert mer ressurser til veiledning bed-side.
- Kompetansesatsing gjennom kontorfaglig modulprogram og egne fagsamlinger samt voksenopplæring vgs praksis.

• *Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2021.*

**Målet er nådd.**

- 17 nye stillinger for lærlinger i helsefagarbeiderfaget hadde oppstart i september 2022. Det er en økning på 2 nye stillinger. Det planlegges for 2 nye per år i 5 år fra og med 2022.
- SØ har nå 29 lærlinger i helsefagarbeiderfaget pluss 8 som tar fagbrev på jobb.
- Det er etablert en ordning ved psykiatrisk avdeling hvor ufaglærte medarbeidere (fast ansatte over 50 %) gis et tilbud om å ta fagbrev som helsefagarbeider. Dette gjelder de 8 helsefagarbeiderne som tar fagbrev på jobb.

I tillegg til disse har SØ lærlinger innen følgende områder (antall lærlinger i parentes):

- Ambulanséfaget (29)
- Ernæringskokkfaget (2) og institusjonskokkfaget (1)
- Logistikkfaget (2)
- Byggdrifterfaget (3), som alle tar fagbrev på jobb
- Portør (1) tar fagbrev på jobb

- *Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2021.*

**Målet er nådd.** Antall utdanningsstillinger har økt fra 37 i 2021 til 47 i 2022. Den største økningen har vært innen intensiv. Alle utdanningsstillingene er besatt.

Antall som tar videreutdanning innen områdene:

Akuttsykepleie: 5

Anestesisykepleie: 3

Intensivsykepleie: 17

Operasjonssykepleie: 8

Barnesykepleie: 2

Jordmor: 8

Kreftsykepleie: 4

Det er i tillegg gjort avtale om etablering av 3 utdanningsstillinger for nyfødtsykepleiere (deltidsutdanning) med oppstart januar 2023.

SØ har også behov for å utdanne flere ultralyd-jordmødre.

- *Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2021.*

**Målet er ikke nådd.**

	Antall faste brutto månedsværk for LIS 2-3 i BUP og VOP enheter (hele klinikken)	Antall faste netto månedsværk for LIS 2-3 i BUP og VOP enheter (hele klinikken)	Antall fast ansatte LIS 2-3 i BUP og VOP enheter	Antall fast ansatte LIS 2-3 i Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling totalt
Gjennomsnitt siste 12 måneder fra 01.10.2021	27,9 (31,4)	19,7 (22,4)	33,1	40,8
Gjennomsnitt siste 12 måneder fra 01.10.2022	23,1 (26,1)	15,9 (18,3)	32,5	39,1

Det var for 2021 planlagt med 35 årsverk innen psykisk helsevern (VOP og BUP enheter), plantallet ble økt til 36 for 2022. I avdeling for rusbehandling var det planlagt med 2 årsverk i 2021 og 4 årsverk i 2022, dette er en dobling.

Klinikken jobber kontinuerlig med å øke antall stillinger for LIS 2-3, men rekrutteringen er krevende. Dette gjør at enkelte som fyller disse stillingene nå ansettes som lege uten turnustjeneste grunnet manglede LIS 1 tjeneste og dermed ikke fremkommer i tallene for LIS 2-3 i 2022.

En ytterligere økning gjennom tildeling av nye LIS 1 stillinger ble signalisert fra Helsedirektoratet, men det ble likevel ikke bevilget penger til dette i statsbudsjettet.



## Tiltak:

- Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har over tid ønsket å fremme rekruttering til psykiatri gjennom innføring av tredelt LIS 1. Dette har foreløpig ikke blitt realisert.
- Dialog med HSØ knyttet til forespeilede nye LIS 1 stillinger som likevel ikke ble fulgt opp av regjeringens forslag til statsbudsjett.

- *Helseforetaket skal:*
  - *videreføre og forsterke arbeidet med å utvikle en heltidskultur i helseforetakene.*
  - *iverksette tiltak for å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger ved de mindre sykehusene i distriktene.*
  - *delta i arbeid med forslag til endringer i spesialistforskriften.*

## **Målet er nådd.**

### Prikkpunkt 1:

SØ har videreført og forsterket arbeidet med å utvikle en heltidskultur med følgende tiltak:

- Prosjekt Heltid er nå i fase 2, der det bl.a. skal prøves ut overtallsbemanning 12,5 timers vakter på helg og flere mulige typer kombinasjonsstillinger. Foreløpig konklusjon for prosjektet er at det er kombinasjonsstillinger som i størst grad bidrar til økt heltid.
- Administrativ ordning for ekstra helger er revidert og implementert. Dette gir klare og tydelige retningslinjer for opptjening og utbetaling.
- Det er prøvd ut og vedtatt at utlysning og ansettelse i kombinasjonsstillinger skal skje med én arbeidsavtale. Effekt: Flere ansettes i heltidsstillinger.
- Antall samarbeidspartnere for bemanningsavdelingen har økt. Effekt: Flere ansettes i heltidsstillinger.

### Prikkpunkt 2:

For å styrke rekruttering og spesialistutdanning for leger er det bl.a. gjort følgende tiltak:

- Styrke LIS-utdanning med følgende tiltak:
  - Starter arbeid med oppretting av gjennomstrømningsstilling for LIS mellom plastikk og ortopedi. Vurderer gjennomstrømningsstillinger for hånd- og fotkirurgi.
  - Definert utdanningsansvarlige overleger - fagavdeling
  - Utdanningsutvalg som følger opp og sikrer at krav i LIS utdanningen dekkes i henhold til krav i gjeldende utdanningsplan.
  - LIS kurs prioriteres.
  - Ferdige overleger fra egne LIS rekrutteres tilbake
  - Kreftavdelingen har økt til 10 LIS.
  - Bygge og vedlikeholde gode fagmiljøer og godt arbeidsklima med fokus på undervisning og supervisjon.
  - Innfører 3-delt LIS 1 i klinikk for medisin, klinikk for kirurgi og klinikk for psykisk helsevern.

- Innføring av digital patologi kan bidra til økt rekruttering.
- Godt forskningsmiljø

### Prikkpunkt 3:

SØ støtter foreslått endring i overgangsreglene om at søknad om utdanningsvirksomhet gjelder fra dato søknad er sendt.

- *Ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) vedtok Stortinget å be daværende regjering sørge for at stedlig ledelse skulle være hovedregelen ved norske sykehus, og at dette ble fulgt opp i foretaksmøtet den 4. mai 2016. Hurdalsplattformen slår fast at man skal sikre stedlig ledelse i sykehusene. Helseforetaket bes vise hvordan dette er ivare tatt innenfor lovens krav til enhetlig ledelse, jf. også rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Helseforetaket skal redegjøre for hvordan de ulike virksomhetene er organisert for å ivareta prinsippet om stedlig ledelse. Dette skal gå fram av årlig melding for 2022.*

**Målet er nådd.** Helseforetaket har stedlig ledelse som organisatorisk prinsipp på utøvende nivå (nivå 3-4). Det er gjennomgående ledelse ved alle organisatoriske enheter på foretaks- og klinikknivå (nivå 1-2).

- Kalnes: Gjennomgående ledelse representert ved alle klinikker (nivå 1-2), og stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).  
 Fredrikstad: Stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).  
 Moss: Stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).  
 Askim: Stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).  
 Halden: Stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).  
 Sarpsborg: Stedlig ledelse på utøvende nivå (nivå 3-4).

- *Et av regjeringens satsingsområder er "Arbeid for alle i et inkluderende arbeidsliv". Som store arbeidsgivere er det av spesiell betydning at helseforetakene fortsetter arbeidet med å legge til rette for å rekruttere personer som av ulike grunner har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet. Inkluderingsarbeidet skal også bidra til å forhindre frafall fra arbeidslivet. Helseforetaket skal videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet.*

**Målet er nådd.** SØ har bl.a. gjort følgende tiltak mht. å videreføre arbeidet med inkludering og mangfold og legge til rette for rekruttering av personer som har utfordringer med å komme inn i arbeidslivet, samt å forhindre frafall fra arbeidslivet:

- Årsplan med ulike tema til mini-seminarer er utarbeidet og gjennomført for å øke kompetansen blant lederne. Eksempler på temaer er dokumentasjon av sykefraværsoppfølging, tilrettelegging, bruk av verktøy og oppfølging av medarbeidere med hyppig fravær.
- Bransjeprogrammet "Der skoen trykker" er gjennomført i 7 prioriterte enheter, og vil bli videreført i 2023. Effekt: Økt fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet og redusert sykefravær.

- Bransjeprogrammet «Tidlig og tett på».
- Likestilling og Inkluderingsutvalg (LIU) er opprettet og arbeidet er igangsatt.
- Rapportering på indikatorer for "inkluderingsdugnaden" fra Webcruiter ("Hull i CV" osv.)

- *Endringer i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjenesten, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2022. Endringene innebærer blant annet at virksomhetsledelsen kan gjøre unntak fra kravet om autorisasjon eller lisens som helsepersonell for personell som skal dekke ekstravakter og korttidsvikariater.*

*Hovedregelen er fast ansatte og at det legges til rette for lærlinger i ambulansetjenesten. Bruk av vikarer skal være innenfor Arbeidsmiljølovens § 14-9 (2).*

*Helseforetaket skal rapportere på bruk av vikarer i ambulansetjenesten i årlig melding for 2022. Rapporteringen skal vise utviklingen i bruk av vikarer fra tidspunktet akuttmedisinforskriften trådte i kraft og fram til utgangen av 2022. Rapporteringen skal også inneholde helseforetakets vurdering av bruk av vikarer i ambulansetjenesten.*

**Målet er nådd.** Per 31.12.22 har ambulansetjenesten en vikar uten ambulansefagutdanning. For øvrig er vikarer/ekstravakter enten autoriserte ambulansefagarbeidere, sykepleiere eller paramedisinstudenter/lærlinger. Sykehuset Østfold har i mange år søkt å sikre at vikarer har nødvendig kompetanse og har ikke endret praksis etter at forskriften ble endret i mai.

### 3.2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

- *Det skal tilrettelegges for forskning og innovasjon i tjenesten, og arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal styrkes.*

**Målet er nådd.** SØ jobber med innovasjon som en integrert del av virksomheten. I 2022 spisser SØ ytterligere fokus på optimalisering av innført teknologi og fokus på innovasjon rundt strategiske områder som digital hjemmeoppfølging og digitale tjenester til pasienter hjemme.

Kontinuerlig fokus på samsvarserklæring og at utstyret er i henhold til tiltenkt bruk i pasientbehandlingen.

Tiltak:

- Har etablert og innført struktur for oppfølging av idé og behov.
- Etablert program for digital hjemmeoppfølging med egen programleder.
- Kun igangsettelse av innovasjonsprosjekter som har en strategisk forankring.
- Videre arbeid med lokalt datavarehus for kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen.

Også forskning er en integrert del av tjenesten. Tiltak er beskrevet i punktene som gjelder forskning under.

SØ bruker Helseatlas og kvalitetsregistre aktivt for å følge med på og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Klinikkerne har også satt opp egne overordnede kvalitetsmål i tråd med dette. Et av hovedmålene er å redusere forbruk av bredspektret antibiotika.

- *Samlet forbruk av bredspektret antibiotika skal reduseres med 30 pst. i 2022 sammenliknet med 2012. 2021 var siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten (2015-2020) og det planlegges for videre arbeid med den nasjonale strategien mot antibiotikaresistens i 2022.*

**Målet er ikke nådd.** Sammenliknet med 2012 har SØ per 2. kvartal 2022 redusert forbruket av bredspektrede antibiotika kun med 11,9 %, fra 24,3 til 21,41 DDD/100 liggedøgn. Dette er en ytterligere forverring siden 2021 da reduksjonen var 16,8 %. SØ er igjen helseforetaket med det høyeste forbruket i Norge.

Tiltak:

Noen spesiell satsing på antibiotikastyring i 2021 og første halvdel av 2022 har ikke vært mulig grunnet fortsatt høyt arbeidspress med pandemien, samt flere utbrudd i SØ og nasjonalt med multiresistente bakterier.

Antibiotikateamet (AT) har siden september samarbeidet med forbedringsrådgivere og kvalitetsavdelingen om aktive tiltak, hovedsakelig ved etablering av en rekke prosjekter som skal styres av (til nå) ni LIS 2/3 under supervisjon av AT, med oppstart januar 2023. Suksess står og faller med at LIS får nok tid avsatt.

Et nettverk av klinikere er også etablert, én fra hver somatisk avdeling. Disse ansvarliggjøres for å følge opp avtalte tiltak, og bistå LIS-prosjekter der det er aktuelt. AT rapporterer også til sykehusledelsen minst hvert tertial eller ved behov, og hyppigere til klinikernettet.

Smittevern har fått etablert en intranett-plattform der også antibiotikabruk er tema, med undervisningsmaterieell, anbefalinger, egne og nasjonale forbruksrapporter og eksterne lenker.

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023, jf. mål i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.*

**Målet er nådd.**

Tiltak:

- Journalgranskning pågår i henhold til planen og rapporteres tertialvis til Helsedirektoratet.
- SØ deltar i prosjekt videreutvikling av GTT med ressurser tilsvarende 50 %.
- GTT videreutvikles.

- *Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2022 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2021, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.*

### **Måloppnåelse kan først redegjøres for når endelig rapport kommer i 2. halvår 2023.**

Økning i kliniske studier krever:

1. Tilgang på kliniske studier
2. Deltagelse i studier 3-Infrastruktur og støtte for gjennomføring av studier.
3. Infrastruktur og støtte for gjennomføring av studier

Status punkt 1:

SØ har økt tilgang på kliniske studier da vi i 2022 har fått 20 millioner NOK i en tildeling fra Klinbeforsk for en ny klinisk studie som utgår fra SØ.

I tillegg har forskningsavdelingen tildelt interne midler for finansiering av to andre nye kliniske behandlingsstudier. Infrastrukturen er også vesentlig bedret i serviceavdelinger og støttefunksjoner, som muliggjør studier i større omfang. Dette kommuniseres ut og legges merke til.

Status punkt 2:

I 2021 har SØ inkludert 677 pasienter i kliniske behandlingsstudier og fått høyeste KBS<sup>7</sup>-poeng blant ikke-universitetssykehus i HSØ. Foreløpige tall for 2022 forventes i mars, endelig rapport kommer i 2. halvår 2023.

Status punkt 3:

Forskningsavdelingen har etablert en seksjon for kliniske behandlingsstudier, styrket bemanningen av seksjonen og i forskningsaktive kliniske avdelinger.

SØ har fått ekstern finansiering fra NorTrials og Kreftforeningen for å videreutvikle infrastruktur for kliniske behandlingsstudier.

Tiltak Punkt 1 – Finansiering:

1. Øke bistand til skriving av søknader som gjelder ekstern finansiering.
2. Prioritering av tildeling av interne midler til prosjekter som handler om kliniske behandlingsstudier.

Tiltak Punkt 2 – Kommunikasjon:

1. Initiering av en møteserie med forskningsgruppeledere/klinikkledere og enkelte forskere for å kartlegge behovet og potensialet for økning i kliniske studier.
2. Etablere tett kontakt med NorTrials-sentrene. Invitere ledere fra sentrene til SØ for å møte våre forskningsmiljøer.

Tiltak Punkt 3 – Styrking av infrastruktur:

1. Utvikling av satellittforskningsenheter ved avdelinger med stor forskningsaktivitet for å øke kapasiteten for kliniske behandlingsstudier.

---

<sup>7</sup> KBS – Kliniske behandlingsstudier

2. Ansettelse av 3 leger i 20 % for å styrke bemanningen i de forskjellige avdelinger tilsvarende NorTrials sentrene.
3. Ansettelse av rådgiver med kompetanse innen monitorering.
4. Ansettelse av studiesykepleier som skal lønnes fra overheadmidler fra oppdragsstudier.
5. Styrkning av serviceavdelingenes funksjon (senter for laboratoriemedisin og avdeling for bildediagnostikk) med flere stillinger.
6. Utvikling av systemer som kan gi oversikt i antall studier og studiepasienter i sanntid.

- *Helseforetaket skal legge til rette for helsetjenesteforskning og innovasjonsprosjekter som utvikler nye måter helsetjenester kan leveres på, samt prosjekter som evaluerer kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandling.*

**Målet er nådd.** SØ har godt samarbeid og historikk med Høgskolen i Østfold (HiØ) på helsetjenesteforskning.

SØ har flere pågående innovasjonsprosjekter med mål om helsetjenesteutvikling knyttet til strategiske fokusområder.

SØ piloterer løsning for automatiserte brukerundersøkelser med tilbakemelding fra pasienter og pårørende som utgangspunkt for forbedring av kvalitet og helsetjenesteutvikling.

Tiltak:

1. Det legges til rette for interne og eksterne forskere som ønsker å benytte SØ som modellsystem for prosjekter.
2. Forskningsavdelingen er involvert i ulike innovasjonsprosjekter, for eksempel appbasert oppfølging av pasienter i hjemmet og hjemmeblodprøver når disse prøves i klinisk bruk.
3. Gjennomføre prioriterte innovasjonsprosjekter:
  - Skalering av anskaffet DHO<sup>8</sup>-løsning mellom SØ og pasient hjemme (2022: kreftavdelingen, nyremedisinsk avdeling og ortopedisk avdeling).
  - Oppstart av innovasjonskontrakt for skalering av DHO-løsning til å kunne samhandle med primærhelsetjenesten.
  - Videreføre innovasjonspartnerskapsprosjektet "Hjemmelab" med blodprøvetaking hjemme, og ta stilling til kjøp av utviklet løsning.
  - Slutført utprøving av løsning for innendørs navigering og høstet erfaring for polikliniske pasienter. Løsningen ga ikke forventede gevinster.
  - Pilotere løsning for automatiserte brukerundersøkelser.
  - Tilstrebe helsetjenesteforskning og nyttevurderinger knyttet til pågående og nye initiativ.

---

<sup>8</sup> DHO – Digital hjemmeoppfølging

- *Helseforetaket skal videreutvikle arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng, med utgangspunkt i oppfølging av nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og undersøkelsen ForBedring.*

**Målet er nådd.** Forbedringsundersøkelsen er fulgt opp ut mot lederne. Enheter med lav score på pasientsikkerhet har blitt fulgt spesielt opp, og blir også fulgt opp med sak i sykehusledermøtet.

Tiltak:

- Følge opp forbedringsundersøkelsen i tråd med årshjulet.
- Følge spesielt opp enheter med lav score på pasientsikkerhet i undersøkelsen.
- Fokus på pasientsikkerhet og arbeidsmiljøet.
- Internrevisjon med felles tema HMS/kvalitet og pasientsikkerhet er planlagt i 2023.

- *Helseforetaket skal følge opp at forskningen er i tråd med regelverket og de risikoområder som er avdekket i Statens helsetilsyns rapport (6/2021) «Forskningsansvarlig har ansvar for at forskningen er forsvarlig».*

**Målet er nådd.** SØ har et velfungerende system for melding og kontroll av prosjekter før oppstart. Dette med tanke på formalia og ressursbehov/kapasitet. I pågående prosjekter følges dette opp ved våre regelmessige møter med forskerne, og regelmessig gjennomgang og oppdatering av prosjektregisteret.

Forskningsstrategien for SØ ble vedtatt i sykehusledermøtet i november 2022. Den har definert integrering av forskning og fokus på kliniske behandlingsstudier som satsningsområder.

Tiltak:

1. Det planlegges videreutvikling av prosjektregisteret for å ha enda bedre oversikt over studiene.
2. Det planlegges å starte interne kontroller av våre studier i løpet av 2023. Dette er for å sikre at studiene gjennomføres iht. gitte godkjenninger og lovkrav.
3. Det skal rekrutteres en personvernrådgiver for forskning som skal bistå forskningsrådgiverne i evaluering av prosjektene og kvalitetssikre tilrådninger.
4. Det skal skrives en handlingsplan for implementering av forskningsstrategien. I strategien er det definert diverse tiltak som kan bidra til bedre integrering av forskning i klinikken. Disse skal realiseres i løpet av de neste 5 årene. Mange av de foreslåtte tiltak er nevnt under 3.2.2.
5. Forskningsavdelingen finansierer flere forskere som arbeider klinisk. Dette styrker integreringen av forskningen i klinikk.
6. Satellitt forskningsenheter skal bidra til økt rekruttering av pasienter i studier.
7. Etablering av tettere dialog med de kliniske avdelinger for å synliggjøre aktiviteten og potensialet.

- *Helseforetaket skal legge til rette for økt presisjonsdiagnostikk på kreftområdet. Det vises til brev av 3. mars 2022 om tildeling av midler til persontilpasset medisin – presisjonsdiagnostikk på kreftområdet.*

**Målet er delvis nådd.** SØ hadde oppstart av gentester etter sommer 2022, slik at man slipper å sende prøver i like stor grad til OUS.

Det jobbes med videre implementering av persontilpasset medisin.

### 3.2.3 Legemidler

- *Helseforetaket skal etablere innføringsprosjekt for regional standard for lukket legemiddelsløyfe.*

**Målet er nådd.** SØ har innført lukket legemiddelsløyfe, men i praksis er implementeringen ufullstendig fordi løsningen oppleves arbeidskrevende i mange tilfeller. SØ har derfor mye av infrastrukturen for å håndtere regional standard. Avhengig av endelig regional standard, kan det bli behov for endringer i arbeidsprosesser (Mobil app, pasientmerket leveranse, Delta-MV integrasjon).

Tiltak:

Tilpasninger til regional standard håndteres av Klinisk IKT som del av forvaltning eller som mindre prosjekter. Dette gjelder:

- MetaVision Mobil-app. Pilot og utprøving av MobilVision er gjennomført og resultater er levert over til HSØ.
- Delta-MetaVision integrasjon (forbruk – logistikk). Denne leveransen er forsinket grunnet mangel på LD og ROS hos SP.
- Pasientmerket legemiddelleveranse i samarbeid med Sykehusapoteket SØ er testet gjennom regionalt prosjekt. Det er fremdeles restanser i dette prosjektet før SØ kan gjennomføre.

### 3.2.4 Helsefelleskapene

- *Det vises til overordnede føringer i oppdrag og bestilling 2022 hvor det står at kommuneoverlegene skal inviteres inn i helsefelleskapene. Kommuneoverlegene har samfunnsmedisinsk kompetanse som vil være av stor verdi for helsefelleskapene. Det er imidlertid opp til de samarbeidende kommunene om, og i så fall på hvilke arenaer, de vil involvere kommuneoverlegene i helsefelleskapene.*

**Målet er nådd.** Kommuneoverlegene deltar i helsefelleskapet på flere nivåer og i flere faste utvalg.

Samhandlingssjef kommune er i tillegg kommuneoverlege og sørger for å kople på kommuneoverlegegruppa i opptaksområdet i relevante saker som en del av sitt koordineringsansvar.

Kommuneoverlegene er representert i Faglig samarbeidsutvalg (4 av 5 faste medlemmer er kommuneoverleger).



Kommuneoverlegene har 2 faste plasser i Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) som er et fast underutvalg for fastleger i Helsefelleskapet.

### 3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

#### 3.3.1 Ventetid somatikk

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2021. Målsetningen på sikt er lavere enn 50 dager.</li></ul> |
|---|

**Målet er ikke nådd.** Gjennomsnittlig ventetid er 61,4 dager i 2022 mot 58 dager i 2021. For desember 2022 er gjennomsnittlig ventetid 60,3 dager.

Hele året har vært preget av høyere, og til dels betydelig høyere, sykefravær enn normalt, noe som har ført til at ø-hjelp prioriteres og elektive timer i noen tilfeller utsettes.

Eksempler på tiltak:

- Gjennomgått registreringspraksis for henvisninger og behandlings sluttdato.
- Kontinuerlig utlysning av ledige stillinger.
- Høyt fokus på å ha iverksatt legenes arbeidsplaner langt frem i tid, slik at sekretærene kan planlegge ifht. timebøker.
- Monitorerer og følger opp ventelister månedlig.
- Gjennomgang av ventelister.
- Prioritering av pasienter.
- Tilby time hos privat avtalespesialist.
- Ekstrapoliklinikk (dag, kveld, helg).
- Det er etablert flere polikliniske rom.
- Oppgaveglidning.
- Samarbeid og dialog mellom fagavdelingene og avdeling for pasientservice og booking.

#### 3.3.2 Pasientavtaler

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene.</li></ul> |
|---|

**Målet er ikke nådd.** Tall for desember viser 85,3 %. Utfordringer med å oppnå målet gjelder spesielt fagområdene ortopedi, nevrologi og øre-nese-hals.

Hele året har vært preget av høyere, og til dels betydelig høyere, sykefravær enn normalt, noe som har ført til at ø-hjelp prioriteres og elektive timer i noen tilfeller utsettes.

Eksempler på tiltak:

- Rekruttere flere LIS og spesialister der det er behov, slik at aktivitet på poliklinikk opprettholdes.
- Rydde og ha kontroll på ventelister.

- Dialog og samarbeid mellom fagavdelingene og avdeling for pasientservice og booking.
- Bedre utnyttelse - legeressurser – rom.
- Planleggingshorisont – minst 3-6 mnd. frem i tid.
- Bruk av avtalespesialister.
- Etablering av kveldspoliklinikk, ekstra poliklinikkdager.
- Bruk av innsatsteam poliklinikk.
- Rekruttering overleger.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.</i></li> </ul> |
|--|

**Målet er ikke nådd.** Andel polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon er 10,2 %.

Ikke alle pasientgrupper er aktuelle for telefon- og videokonsultasjoner.

Tiltak: Bevisstgjøring og tilrettelegging for telefon- og videokonsultasjoner.

### 3.3.3 Epikriser somatikk

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.</i></li> </ul> |
|--|

**Målet er ikke nådd.** 66 % av epikrisene ble sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste i 2022.

Det er variasjon mellom og innad i klinikkene. Klinikkk for kirurgi og kreftavdelingen innfrir målet med hhv. 75 og 77 %. I klinikk for medisin er 63 % av epikrisene sendt innen 1 dag og for klinikk for kvinne-barn er tallet 45 %.

Eksempler på tiltak:

- Det forventes bedre resultater når talegjennomføring er innført i løpet av 2023.
- Gjennomgang av epikrisemal.
- Gjennomgang av rutiner og praksis ved utskrivning.
- Økt fokus og oppfølging av rutiner.
- Følger opp enkeltleger.
- Vurdere om kontrasingering skal avvikles.

### 3.3.4 Pakkeforløp kreft

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.</i></li> </ul> |
|--|

**Målet er nådd totalt for alle kreftformer.** Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid totalt for alle kreftformer er 77 % i 2022.

For noen av de 24 kreftformene er **målet ikke nådd**, for resultat per kreftform - se tabell under. For noen av kreftformene er det få pasienter, dette kan gi store utslag på det prosentvise resultatet.

SØ oppnår ikke måloppnåelse for pasienter til strålebehandling. Strålebehandling til SØs pasienter gis ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og flaskehalsen ligger på intern logistikk der.

For hver av de 24 kreftformene er resultatet slik:

Kreftform	Resultat 2022 (%)	Kommentarer til variasjon Få pasienter betyr her <15	Tiltak/kommentarer
Lungekreft	60		<ul style="list-style-type: none"> <li>Daglig visitt på pakkeforløps-pasientene.</li> <li>Tett dialog mellom lungeavdelingen og avdeling for bilde-diagnostikk ang. ventetider.</li> <li>Tett dialog mellom lungeavdelingen og seksjon for patologi ang. svar + restart av NGS<sup>9</sup> ved SØ Kalnes. Tiltak har redusert ut-redningstid i pakke-forløp lungekreft.</li> <li>Deltar i samarbeidsmøter med OUS for å bedre samhandlingen.</li> <li>Opprette egen gruppe som jobber med lungekreft – pga. mangel på overlege er ikke dette iverksatt.</li> </ul>
Brystkreft	80		Økt brystbevarende kirurgi.
Prostatakreft	75		
Tykk- og endetarmskreft	73		Jobber med coloskopi utredningen, redusere ventetiden.
Kreft i spiserør og magesekk	67		
Blærekreft	91		
Testikkelkreft	62	Få pasienter	

<sup>99</sup> NGS – Neste generasjons sekvensering

Skjoldbruskkjertelkreft	50	Få pasienter	
Kreft hos barn	-	Behandles sentralisert ved OUS.	SØ behandler barn med kreft i samarbeid med OUS. <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS har hovedansvaret for all kreftbehandling hos barn.</li> <li>• SØ gjennomfører bl.a. cytostatika kurer, inkl. intratekale kurer og følger opp pasientene lokalt både under og etter kreftbehandling.</li> <li>• SØ opplever i økende grad å få overført barn fra OUS tidlig i behandlingsforløpet. Behandlingen blir mer avansert noe som krever økt kompetanse hos medarbeidere som jobber med denne pasientgruppen.</li> </ul>
Hjernekreft	71	Få pasienter.	Kirurgien er sentralisert til OUS.
Nevroendokrine svulster	-		Behandles sentralisert ved OUS.
Føflekkreft	92		
Peniskreft	67	Få pasienter.	Behandles sentralisert ved OUS.
Bukspyttkjertelkreft	50		Behandles sentralisert ved OUS ved kurativ behandling. Tett dialog med OUS for å bedre pasientflyt på det kurative.
Myelomatose	80		
Galleveiskreft	100	Få pasienter.	Sentralisert behandling OUS
Primær leverkreft	-		Går ofte rett til OUS. Sentralisert behandl ved OUS
Hode- halskreft	-		Sentralisert utredning og behandling ved OUS
Lymfom	25		Det er opprettet regionalt fora hvor SØ er med.
Nyrekreft	62		Betydelig bedre resultater i siste halvdel av 2022. 80-100 % av pasientene behandlet

			innen standard pakkeforløpstid.
Livmorkreft	74		<p>Kvinneklubben har regelmessige møter med kreftavdelingen ved SØ og jobber med å etablere MDT-møter med DNR/OUS. Kvinneklubben SØ har, som eneste helseforetak i regionen, hatt en utfordring med å delta på MDT-møter med DNR. Årsaken til dette er mangel på møterom med digitalt samhandlingsutstyr samt samtidighetskonflikter mellom ulike fagområder i SØ. Disse møtene er essensielle for å utveksle faglige utfordringer og identifisere evt. hinder/forsinkelser i forløpstider. Dette går i orden fra 2023. Rotasjon LIS fra kvinneklubben til kreftavdelingen.</p>
Eggstokkreft	86		<p>Kvinneklubben har regelmessige møter med kreftavdelingen ved SØ og jobber med å etablere MDT-møter med DNR/OUS. Kvinneklubben SØ har, som eneste helseforetak i regionen, hatt en utfordring med å delta på MDT-møter med DNR. Årsaken til dette er mangel på møterom med digitalt samhandlingsutstyr samt samtidighetskonflikter mellom ulike fagområder i SØ. Disse møtene er essensielle for å utveksle faglige utfordringer og identifisere evt. hinder/forsinkelser i forløpstider. Dette går i orden fra 2023. Rotasjon LIS</p>

			fra kvinneklinikken til kreftavdelingen.
Livmorhalskreft	64	Få pasienter	Kvinneklinikken har regelmessige møter med kreftavdelingen ved SØ og jobber med å etablere MDT-møter med DNR/OUS. Kvinneklinikken SØ har, som eneste helseforetak i regionen, hatt en utfordring med å delta på MDT-møter med DNR. Årsaken til dette er mangel på møterom med digitalt samhandlingsutstyr samt samtidighetskonflikter mellom ulike fagområder i SØ. Disse møtene er essensielle for å utveksle faglige utfordringer og identifisere evt. hinder/forsinkelser i forløpstider. Dette går i orden nå 2023. Rotasjon LIS fra kvinneklinikken til kreftavdelingen. Fokus på riktig registrerings-praksis av nye pakkeforløp.
Sarkom	100	Få pasienter. Sentralisert utredning og beh ved OUS.	

### 3.3.5 Behandlingstilbud

- *Helseforetaket skal påse at pasienter som mottar behandling hos private leverandører gjennom godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg får videreført det tilbudet de har behov for når ordningen avvikles.*

#### **Målet er nådd.**

SØ har oppnevnt en kontaktperson som, sammen med eget innsatsteam i HSØ, følger opp de pasientene som ikke lenger får tilbud av fritt behandlingsvalg. Det gjelder først og fremst psykisk helsevern (PHV) og TSB som melder at det ikke er i stort omfang. TSB og PHV har oversikt over pasienter innlagt etter ordningen og vil i dialog med pasient og virksomhet sikre at relevant behandlingstilbud videreføres ved behov.

- *Helseforetaket skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.*
- *Det vises til punkt 10.2 Gode tjenester der folk bor i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det gis framskyndet frist på rapportering på enkelte oppdrag. Som følge av dette framskyndes frist gitt i Oppdrag og bestilling 2022 for oppdrag om at helseforetaket skal vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Ny frist settes til 1. oktober 2022.*

**Målet er nådd.** Sykehuset Østfold har aktivitet i Moss og Kalnes samt i tre DPS. Det er gjort en funksjonsfordeling mellom Kalnes og Moss der Moss har stor aktivitet innen elektiv dagkirurgi og dagbehandling, poliklinikker og områdefunksjon for øyefaget. Ellers ingen overføring til mindre sykehus. Det er gjort avtaler med avtalespesialistene om fordeling av pasientgrupper.

- *Det vises til punkt 10.4 Kompetanseutveksling i protokoll 23. juni 2022 fra foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF der det påpekes at utviklingen i demografi og sykdomsbyrde i befolkningen er en utfordring for den samlede helse- og omsorgstjenesten. Flere pasienter har sammensatte og langvarige tilstander. Enkelte pasientgrupper bør unngå lange reiser og helst få nødvendig behandling i hjemmet.*
- Helseforetaket skal gi en vurdering av hvordan veiledning og kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan bidra til god kvalitet og hensiktsmessig oppgavedeling.*

**Målet er nådd.** Veiledning og kompetanseutveksling følges opp gjennom:

- Kurs:
  - Kommuner og sykehus arrangerer i felleskap flere faste kurs bl.a.
    - Fagdager og konferanser innen rehabilitering
    - Fagdager for koordinerende enheter
    - Vårmøte for fastleger
    - Forum for sykehjemsmedisin
  - I tillegg tilbys kommunalt ansatte et utall kurs fra læringsportalen og flere avdelinger gjennom hele året.
- Nettverksamarbeid for kompetanseheving:
  - Det er etablert (kompetanse-) nettverk for:
    - Rehabilitering
    - Koordinerende enheter
    - Kompetansenettverk for palliasjon og kreft
    - Nettverk for friskliv og mestring
- Smittevernavtalen mellom sykehus ved avdeling for smittevern og alle kommuner beskriver strukturert kurs, kompetanseheving og samarbeid.
- Pågående prosjekt ledet av Fredrikstad kommune i samarbeid med kompetanseavdelingen på SØ. De skal utvikle og pilotere en felles kompetanseplan i helsefelleskapet knyttet til helsepersonell som jobber med to av de fire sårbare pasientgruppene:
  - Skrøpelige eldre

- Personer med flere kroniske lidelser

### 3.4 Øvrige krav og rammer for 2022

#### 3.4.1 Beredskap og sikkerhet

- *Helseforetaket skal:*
  - *videreutvikle beredskapsarbeidet og -planene med hensyn til pandemier og andre alvorlige kriser, ved å følge opp egevaluering av pandemihåndteringen, Koronakommisjonens rapport og egne risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til infrastruktur, kompetanse og innsatsfaktorer mv.*
  - *delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av nasjonal atombereidkapsøvelse 2022.*
  - *sørge for at tjenestegjørende militært personell under NATO-øvelsen Cold Response 2022 gis tilgang til spesialisthelsetjenester uten etterfølgende fakturering fra norske myndigheter.*

#### **Målet er nådd.**

##### Prikkpunkt 1:

SØ har gjennomført en evaluering av sykehusets planverk og organisasjon for håndtering av covid-19 pandemien. Resultatet av denne evalueringen vil bli benyttet i revisjon av delplan for pandemi med underliggende planverk og dette arbeidet er påstartet. Revisjon forventes ferdigstilt i mars 2023.

##### Prikkpunkt 2:

Administrerende direktør (AD) deltok i AD-øvelsen i regi av HSØ den 7. april og skrivebordsøvelse for sykehusledelsen SØ ble gjennomført 22. mars 2022. Beredskapssjef deltar i evaluering gjennom regionalt beredskapsutvalg. Helsepersonell har repetert teoretisk og praktisk opplæring innenfor CBRNE-feltet.

##### Prikkpunkt 3:

Gjennomført. SØ mottok intet utenlandsk personell som pasienter i f.m. Cold Response 2022.

- *Helseforetaket bes om å forberede seg på en stor flyktningetilstrømming fra Ukraina, og i den forbindelse blant annet sikre stor nok kapasitet til tuberkulosescreening.*

**Målet er nådd.** Både senter for laboratoriemedisin og avdeling for bildediagnostikk bemannet opp Nasjonalt ankomstsenter for å ta imot flyktningstrømmen, derav også nok kapasitet til tuberkulosescreening.

- *Foretaksmøte vedtok:*
  1. *Helseforetaket skal legge regjeringens oppdaterte strategi og beredskapsplan for videre håndtering av covid-19-pandemien til grunn.*
  2. *Kapasitet for PCR-analyser skal inntil videre tilsvare mulighet til å analysere prøver av én prosent av befolkningen per uke.*



### **Målet er nådd.**

1. Regjeringens oppdaterte strategi og beredskapsplan for videre håndtering av covid-19-pandemien legges til grunn i arbeidet med revisjon av foretakets planverk for håndtering av pandemisk influensa.
2. Senter for laboratoriemedisin har opprettholdt PCR-kapasiteten for å ivareta én prosent av befolkningen per uke.

### **3.4.2 IKT-utvikling og digitalisering**

- *Helseforetaket skal bidra til regional standardisering og redusert variasjon, gjennom oppslutning om regionale fellesløsninger og innføring av regional forvaltningsmodell. Helseforetaket skal aktivt bidra til sanering og standardisering av applikasjonsporteføljen, i samarbeid med Sykehuspartner.*

**Målet er nådd.** Sykehuset Østfold er det helseforetaket i HSØ som allerede har innført alle regionale systemer.

Tiltak:

- SØ deltar og følger opp de regionale løp som er aktuelle for sykehuset.
- SØ er aktivt med i Sykehuspartners arbeid med å sanere unødvendige applikasjoner, og har deltatt aktivt i forhold til å nå målet på 40 % saneringskandidater i 2022 i HSØ. Målet ble oppnådd i november.
- SØ vurderer sammen med STIM<sup>10</sup> også fagområder hvor helseforetakene har forskjellige systemer for om mulig finne standardiserte løsninger på tvers av helseforetakene i HSØ.

- *Skatteetaten har modernisert det sentrale folkeregisteret med nye og endrede felter. Skatteetaten forbereder også innføring av ny personidentifikator (PID) i 2032. I den forbindelse innfører Norsk Helsenett (NHN) en ny persontjeneste for oppslag av folkeregisterinformasjon som Helse Sør-Øst må ta i bruk. Dette medfører behov for endringer i integrasjoner og informasjonsmodell i IKT-systemer samt i medisinteknisk utstyr som benytter personopplysninger. Det er etablert et regionalt prosjekt som legger til rette for ibruktakelse av integrasjoner samt ny personmaster i Helse Sør-Øst. Helseforetaket skal holde seg orientert om det nasjonale og regionale arbeidet, samt legge til rette for nødvendige lokale tilpasninger. Helseforetaket skal legge frem en tidsplan for dette arbeidet innen 1. juni 2022.*

### **Målet er delvis nådd.**

Sykehuset er orientert om det regionale prosjektet og har etablert kontakt med prosjektleder.

Tiltak:

- SØ har sendt inn sin milepælsplan iht. forespørselen, og vil følge opp denne i samarbeid med prosjektet.

---

<sup>10</sup> STIM = Program for standardisering og modernisering av infrastruktur i Sykehuspartner HF

- DPIA<sup>11</sup> for modernisert folkeregister er påbegynt, men ikke sendt til godkjenning.

### 3.4.3 Informasjonssikkerhet

- *Nye teknologier tas i bruk og mer pasientbehandling foregår på tvers av helseforetak, hjemme og over internett. Helseforetaket skal kunne møte endringer på en effektiv og trygg måte. Helseforetaket skal derfor arbeide systematisk med informasjonssikkerhet og ha kontroll med risiko.*

#### **Målet er nådd.**

Det er etablert gode rutiner for forankring av ROS og DPIA.

Alle ROS/DPIA godkjennes av systemeier, teknologidirektør og administrerende direktør. Koordinert og systematisk samarbeid mellom personvernombud (PVO) og informasjonssikkerhetsleder (ISL), lokalt og i regionen.

SØ har god oversikt og god kontroll internt, men det savnes omforente rutiner med Sykehuspartner og at beslutninger tas i tråd med ansvars- og oppgavefordeling slik det er beskrevet i databehandleravtalen.

- *Helseforetaket skal ha oversikt over domener de bruker, for å kunne etterleve offentlige krav og anbefalinger. Domenene skal være registrert gjennom Sykehuspartner HF, senest innen utgangen av 2022. Eventuelle unntak skal avklares med Helse Sør-Øst RHF.*

**Målet er nådd.** Sykehuset bruker kun Sykehuspartners tekniske domener.

Det er sagt opp 3 webdomener i løpet av høsten. De resterende 7 webdomenene er registrert hos Sykehuspartner.

Tiltak er gjennomført. Oversikt over domener er oversendt Sykehuspartner.

### 3.4.4 Klima og miljø

- *Helseforetaket skal:*
  - *dokumentere årlig status i arbeidet med å nå felles klima og miljømål for spesialisthelsetjenesten*
  - *vurdere om det er ressursmessig riktig å videreføre tredjepartssertifiseringen av system for miljøledelse, eller om man skal ivareta målsettingene for miljøledelse på annen måte.*
  - *bidra i arbeidet med en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse.*

#### **Målet er nådd.**

Prikkpunkt 1:

Status i arbeidet med å nå felles klima og miljømål for spesialisthelsetjenesten rapporteres årlig. Disse målene gjelder for perioden 2022-2030, men alle helseforetakene i HSØ rapporterte inn måloppnåelse 2021 som et pilotforsøk. Noe av

<sup>11</sup> DPIA – Data Protection Impact Assessment – vurdering av personvernkonsekvenser

dette, samt status for SØs miljøarbeid, ble gjennomgått i oppfølgingsmøte HSØ-RHF i slutten av april. Dette vil være en årlig rapporteringsmåte fremover.

#### Prikkpunkt 2:

SØ har gått ut av avtalen om tredjepartssertifisering av miljøledelsessystemet. Kravene i ISO 14001 skal allikevel følges, og miljøledelsessystemet til SØ vil derfor bli opprettholdt.

#### Prikkpunkt 3:

FHI<sup>12</sup> har fått i oppdrag fra HOD<sup>13</sup> å utarbeide en nasjonal analyse av sårbarhet og tilpasningsbehov relatert til klimaendringer og helse. Helseforetakene skal bidra på forespørsel.

Analysen har utvidet frist til mars 2023.

#### Tiltak:

- Måloppnåelse 2022 for felles klima og miljømål for spesialisthelsetjenesten skal rapporteres i oppfølgingsmøte HSØ-RHF i april/mai 2023.
- SØ skal delta i årlig «revisjon på tvers av helseforetak». Dette er en frivillig ordning for helseforetak som har gått ut av avtalen om tredjeparts sertifisering, hvor helseforetakene reviderer hverandre med felles tema. Tema 2022 var energiledelse, mens tema for 2023 ikke er endelig avklart.

### 3.4.5 Bygg og vedlikehold

- *Tilstand i bygningsmassen registreres hvert fjerde år. Helseforetakene skal i løpet av 2022 etablere tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner for tilstandsgrad 2 (TG2) og tilstandsgrad 3 (TG3) i henhold til Norsk Standard for Tilstandsanalyse av byggverk (NS3424) som følger:*
  - 10-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG2
  - 5-års tilstandsbasert vedlikeholdsplan for TG3

*Helseforetaket skal oppgi tidfestet mål for tilstandsgrad for sine bygg.*

*Eiendomsrelaterte kostnader, som også inkluderer interne kostnader, skal rapporteres årlig og strukturert etter kontoplan for livsløpskostnader i henhold til Norsk Standard for Livssyklus kostnader for byggverk (NS3454).*

#### **Målet er nådd.**

I 2022 år er det gjennomført en grov tilstandsvurdering av areal (inkludert alle bygningsdeler/fløyer/etasjer) for følgende virksomheter:

- Bygningsmasse i Moss
  - Komplette bygningsmasse for sykehuset
  - DPS
  - Ambulansestasjon
- Bygningsmasse Halden
  - Komplette bygningsmasse

<sup>12</sup> FHI - Folkehelseinstituttet

<sup>13</sup> HOD - Helse- og omsorgsdepartementet

- Bygningsmasse Åsebråten
  - o Komplette bygningsmasse
- Bygningsmasse Kalnes
  - o Komplette bygningsmasse

Dette er i tråd med at Sykehuset Østfold planlegger tilstandsvurderingen noe oftere enn kravet om hvert 4. år. Tilstandsvurderingen danner grunnlag for vedlikeholdsplaner på både på kort og mellomlang sikt.

Tiltak:

- Vedlikeholdsplan for 2023 er utarbeidet og besluttet.
- Foreløpig vedlikeholdsplan for 2024-27 er utarbeidet.
- Hovedmål i denne perioden er en oppgradering av deler av bygningsmassen i Moss
- Sykehusets langsiktige mål er en samlet vektet tilstandsgrad = 1,2.

### 3.4.6 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester viser til utfordringer knyttet til kapasitet og kvalitet i de polikliniske helsetjenestene for barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern. Det vises for øvrig til de mål som er satt for arbeidet med psykisk helsevern i 2022. Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om psykiske helsetjenester.*

**Målet er nådd.** Det jobbes kontinuerlig med samhandling internt og med kommunene.

Tiltak:

- Det er et pågående forbedringsarbeid i samarbeid med innsatsteamet i SØ. Fokus på tiltak for å redusere ventetid og avslag ved den enkelte lokale poliklinikk (BUPP). Forbedringsområder er definert og det pågår i øyeblikket et kategoriseringsarbeid for å synliggjøre og utvikle tiltak.
- Det er opprettet et fast samhandlingsutvalg for barn og unge i regi av Helsefellesskapet. Det er utarbeidet en handlingsplan basert på underutvalgets rapport.
- Når det gjelder voksenfeltet pågår det kontinuerlig forbedringsarbeid ved alle seksjoner. For å få ned ventetiden for voksne er styring av timebok, veiledning av enkeltmedarbeidere i aktivitetsplanlegging, lederoppfølging osv. viktige tiltak. Når det gjelder reduksjon av avslagsprosent er tett oppfølging av inntaksteamene hovedtiltaket. Sistnevnte tiltak ser vi allerede svært god effekt av gjennom at avslagsprosenten gikk kraftig ned mot slutten av 2022.
- Omorganisering av ambulant akutt team (AAT) er et viktig arbeid som bidrar til økt kvalitet på ø-hjelpsarbeidet i PHV og TSB. I tillegg er det et effektiviseringsarbeid som vil gi mer helse per brukte krone. Omorganiseringen er også en tilpasning til ulik belastning på de ulike tjenestene i klinikken, og endringen vil gjøre at vi er bedre rustet til å svare ut befolkningens behov.

- *Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene viser at pasienters tilgang til kliniske behandlingsstudier ikke er god nok, at kliniske behandlingsstudier ikke er tilstrekkelig integrert i pasientbehandlingen og at mange*

*styrer i helseforetak og regionale helseforetak har liten oppmerksomhet rettet mot forskning. Det vises for øvrig til de mål som er satt for å følge opp nasjonal handlingsplan for kliniske studier i 2022.  
Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.*

**Målet er nådd.** Målet er å doble antall kliniske studier innen utgangen av 2025.

Tiltak:

- Handlingsplan i forskningsavdelingen
- Rekruttere flere pasienter til kliniske studier
- Informasjon til pasienter om aktuelle kliniske studier
- Integre kliniske studier i pasientbehandlingen

SØ har tertialvis rapportering i styremøtet om klinisk forskning, undervisning og opplæring.

- *Riksrevisjonen har undersøkt tilbudet om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse og familiene deres. Riksrevisjonen peker på at det er geografiske forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.  
Helseforetaket må følge opp Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgstjenester til barn og unge med funksjonsnedsettelse.*

**Målet er nådd.**

Seksjon for barnehabilitering er organisert i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Det jobbes kontinuerlig med kompetanse og å styrke kapasiteten ved seksjonen. Det er et viktig fagområde hvor også somatisk kompetanse er svært viktig. Det er derfor et område med flere medisinske spesialiteter enn klinikkens øvrige seksjoner og det jobbes aktivt for å få denne tverrfagligheten til å fungere godt.

Det er behov for en regional satsning for å styrke habiliteringsfeltet.

Tiltak: Det arbeides med en fagplan for habiliteringsfeltet i regi av HSØ. SØ er representert i styringsgruppe og prosjektgruppe.

### 3.4.7 Pasientreiser

- *Helseforetaket bes om å fortsette den digitale satsingen innen pasientreiseområdet, slik at tjenesten effektiviseres for både pasientene og helseforetakene, jf. protokoll fra foretaksmøter for de regionale helseforetakene 15. juni 2021. Helseforetaket skal i samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering til Helse Sør-Øst RHF.*

*Helseforetaket skal med bistand fra Pasientreiser HF starte implementering av ny rekvisisjonspraksis i løpet av 2022.*

**Målet er delvis nådd.**

Digital satsing:

Målet er at ny praksis skal forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler og overføre mer av bestillingsansvaret til pasientene. Behandler kan attestere tidsbestemt behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Pasient kan da selv rekvirere reise, men det er fortsatt Pasientreiser som står for planleggingen av turen (hentetidspunkt, samkjøring, transporttype osv.)

Satsingen realiseres per nå gjennom tiltaket *Selvbetjeningsløsning* hvor Pasientreiser SØ er representert i tiltakets kompetansegruppe.

Løsningen er tilgjengelig gjennom portalen *Helsenorge.no* og innebærer at pasientene kan bekrefte, avbestille og endre sin reise.

I 2023 utvides selvbetjeningsløsningen med at pasient selv kan bestille en reise. Dette er pasienter som har fått et tidsbegrenset, attestert behov for rekvirert reise.

Tiltak:

Innbyggerne i Østfold er generelt svakere til å benytte digitale tjenester. I statistikken kan vi se at det er store variasjoner mellom helseforetak når det gjelder bruk av selvbetjeningsløsningen. I SØ er det ca. 10 % av rekvisisjonene som bekreftes via løsningen, mens f.eks. Oslo ligger på ca. 27%. Når det gjelder avbestilling ligger SØ på 5-6 %, mens Oslo ligger på ca. 20 %. Noe av årsaken kan forklares i demografiske forhold. Pasientreiser jobber med å gjøre pasienter oppmerksomme på at de kan bekrefte, avbestille og endre sin reise via *Helsenorge.no*.

Selvbetjeningsløsningen hvor pasienten selv skal kunne rekvirere reise har oppstart pilotering Q1 23 og nasjonal utrulling er planlagt Q4 23.

- *Helseforetaket skal gå i dialog med Pasientreiser HF med sikte på å innføre i 2022 CTRL - nasjonalt system for oppgjørskontroll av pasientreiser med taxi.*

**Målet er ikke nådd.** SØ er ikke i gang med CTRL. Årsaken er at systemet per i dag ikke håndterer rundturprinsippet som SØ benytter i sin transportplanlegging.

Tiltak:

Utfordringen er tatt opp med Pasientreiser HF, men det er usikkert når problemet kan være løst.

## 3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet

### 3.5.1 Økonomiske krav og rammer

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Sykehuset Østfold HF skal i 2022 basere sin virksomhet på de tildelte midler.</i></li></ul> |
|--|

**Målet er ikke nådd.** 2022 har vært et krevende år økonomisk sett for SØ med et dårligere økonomisk resultat enn budsjettert. Hovedårsaken til det negative avviket er høyere kostnader enn forutsatt på flere områder. Det største avviket, målt i kroner, er bemanningskostnader og gjelder både egne ansatte og innleie fra eksterne. Merkostnader til ansatte fordeles mellom høyere forbruk av bemanning, mer bruk av dyre løsninger (overtid, forskjøvet vakt etc.) og høyere lønnsoppgjør enn forutsatt. Et betydelig høyere sykefravær enn forutsatt er en årsak til deler av merforbruket.

Pandemien har påvirket driften gjennom hele 2022. I tillegg til økte bemanningskostnader og høyt sykefravær gir dette et merforbruk på varekostnader, særlig innenfor senter for laboratoriemedisin. Bruken av fritt behandlingsvalg har også økt i inneværende år, særlig innenfor TSB.

Gjennom året er det planlagt og gjennomført tiltak på mange områder:

- Oppdraget for alle har vært å tilpasse bemanningen til budsjettert nivå for 2022
  - Bemanningsplan skal være i henhold til budsjett.
  - Arbeidsplaner skal være henhold til bemanningsplan.
  - Bruk av innleie, overtid og forskjøvet tid må vurderes nøye før igangsetting.
- Ansettelser i administrative stillinger i stabsfunksjoner holdes ledig inntil videre. Avvik må godkjennes av administrerende direktør.
- Det skal ikke inngås avtaler om administrative tillegg:
  - Administrative ordninger etablert for å motivere til ekstraarbeid under ferier, helger og høytider skal ikke benyttes i perioden frem til 1. juni 2023.
  - Innen 1. november 2022 skal alle administrative ordninger vurderes og det skal besluttes om disse skal revideres eller avvikles.
  - Frem til en ev. revidering eller avvikling av ordningen med godtgjøring for ekstra helger utover hver 3. helg kan det kun inngås nye avtaler etter gjeldende ordning forutsatt godkjenning av nivå-2 leder.
- Lønnsfrys innføres, dvs. ingen lønnsjusteringer mellom ordinære lønnsoppgjør. Avvik må godkjennes av administrerende direktør.
- Innkjøpsbegrensninger innføres på varer og tjenester som ikke direkte er knyttet til pasientbehandling.
- Økt byttegrad ved nye medikamentavtaler der dette er mulig.
- Gjennomføring av samlinger (ledersamlinger, seminarer etc. begrenses til minimum og overnatting skal unngås dersom bindende avtaler ikke allerede er inngått).
- Det tillates ingen dekning av kostnader til servering av alkohol i foretakets regi.
- Deltagelse på eksterne kurs og seminarer begrenses til et minimum.
- Det gjennomføres månedlig oppfølging av effekt av tiltak og prognoser mellom administrerende direktør og nivå 2.

I tillegg arbeides det videre med å vurdere ytterligere tiltak som forventes å ha effekt på lengre sikt og arbeid er igangsatt for følgende områder:

- Rekruttering
- Oppgavedeling
- Aktivitetsbasert ressursstyring – Godt planlagt 2
- Reduksjon i bruk av fritt behandlingsvalg og private plasser i regi av HSØ
- Øke andelen reinvesteringer og redusere andelen utstyrsutøkninger
- Utsette og/eller avslutte prosjekter
- Bremse vekst innen behandlingshjelpemidler
- Økt gevinstrealisering talegjennkjennning
- Vurdere reduksjon av ekstra poliklinikk

- *Sykehuset Østfold HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser.*

**Målet er ikke nådd.** I 2022 har bl.a. høye bemanningskostnader som følge av høyt sykefravær og vakante stillinger medført at resultatkravet ikke nås. På tross av en krevende bemanningssituasjon er det i løpet av året gjennomført tiltak som kommer pasientene til gode.

Eksempler tiltak for å bedre pasienttilbudet har vært:

- Utvidet sengekapasitet med 18 senger
- Flere poliklinikkrom som bidrar til flere polikliniske konsultasjoner
- Økt operasjonsaktivitet i Moss
- Bedre kapasitetsutnyttelse kveldsteam Kalnes
- Reduserte byttetider på operasjon som gir høyere kapasitet
- Pågående prosess hvor organisatoriske endringer vurderes i psykisk helsevern. Det vurderes at ressursene i hele klinikken utnyttes ikke optimalt. Blant annet gjenspeiler ikke ressursinnsatsen i de ambulante teamene seg i aktivitet.

- *Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

**Målet er ikke nådd.** For å sikre en bærekraftig utvikling over tid er det et behov for å gjennomføre kostnadsreduserende tiltak i SØ både på kort og lang sikt. Dette arbeidet er startet og vil bli konkretisert gjennom arbeidet med ØLP 2024-2027 og budsjett 2024 for å sikre en bærekraftig utvikling over tid. I tillegg må den økonomiske utviklingen i 2023 følges opp tett med oppfølging av effekt på planlagte tiltak og negative avvik må lukkes eller nye tiltak må igangsettes. Det vises for øvrig til planlagte tiltak på lang sikt (punkt over).



- **Resultatkrav**

- *Årsresultat 2022 for Sykehuset Østfold HF skal minst være på 20 millioner kroner.*

**Målet er ikke nådd.**

- **Likviditet og investeringer**

- *Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.*

**Målet er ikke nådd.**

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2022 skal ikke benyttes til investeringer i 2022 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

**Målet er nådd.**

- *Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.*

**Målet er nådd.**

### 3.5.2 Aktivitetskrav

- *Sykehuset Østfold HF skal i 2022 ha en aktivitet innen sine tjenesteområder i samsvar med aktivitetskravene fra Helse Sør-Øst RHF. En oversikt over de detaljerte kravene er tatt inn i vedlegg.*

**Målet er delvis nådd.** Innen somatisk virksomhet har aktiviteten vært høyere enn planlagt innen dag- og døgnbehandling. For poliklinisk aktivitet har den vært noe lavere grunnet mangel på legerressurser innen enkelte fagområder, høyt sykefravær i løpet av året og i noen tilfeller utfordringer i forhold til areal. I de første månedene av 2022 var aktiviteten i tillegg preget av pandemien og avbestillinger av timer fra pasienter.

Innen psykisk helsevern og TSB har den polikliniske aktiviteten vært lavere i 2022 enn planlagt. Avviket er størst innen VOP og skyldes i stor grad lavere aktivitet i de ambulante teamene. Det har også i løpet av året vært rekrutteringsutfordringer innen alle områdene. Dette gjelder både psykiatere og psykologspesialister. Pandemien påvirket også aktiviteten i stor grad i årets første måneder.

Det jobbes kontinuerlig med rekruttering på de områdene dette er en utfordring. I løpet av året er det også stilt flere polikliniske behandlingsrom til disposisjon gjennom ombygginger i eksisterende lokaler både i Moss og på Kalnes. Dette vil bedre muligheten til å øke aktiviteten i tiden fremover. Tiltak for å redusere sykefraværet er en kontinuerlig prosess.

## 4. Andre rapporteringer

### 4.1 Oppfølging av andre oppdrag

#### Fra Oppdrag og bestilling 2021

- *Helseforetaket skal ta i bruk regional protokoll over behandlingsaktiviteter og bidra i Sykehuspartner HF's arbeid med å videreutvikle den regionale protokollen slik at den understøtter gode arbeidsprosesser i helseforetakene.*

**Målet er ikke nådd.** SØ har bestilt integrasjon med lokalt informasjonsregister fra Sykehuspartner, men dette er ikke levert enda.

- *Helseforetaket skal vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.*

**Målet er delvis nådd.** Det er startet et arbeid der en ser på hvordan tjenesten framover kan organiseres og bemannes for å tilpasses utviklingen i pasientgruppene. SØ har ikke kommet tilstrekkelig langt i dette.

- *Ingen korridorpasienter*

**Målet er ikke nådd.** SØ har ikke forutsetning for å nå målet fordi sykehuset mangler senger og har vært nødt til å ta i bruk en rekke ensengsrom til to pasienter, noe disse rommene er for små til. SØ hadde i 2022 2056 pasientdøgn på korridor, noe som blant annet skyldes høy pasienttilstrømning i 2022.

*I HSØ-styresak 064-2020 «Evaluering av nytt østfoldsykehus» fremkommer det at den somatiske døgnkapasiteten ligger langt under det faktiske behovet. I framskrivningen av sykehuset er det beregnet en manglende kapasitet på 60 senger i 2020, 74 senger i 2025 og 98 senger i 2030. SØ har gjennomført en ombygging som ga 10 nye somatiske senger i desember 2022, og ytterligere 8 i 2023. SØ har ikke mulighet til å øke sengekapasiteten ytterligere gjennom ombygginger og har derfor startet planarbeidet for å utvide den somatiske kapasiteten i et langsiktig perspektiv. Prosjektinnrammingsrapport – stråle- og somatikkbygg Kalnes ble godkjent av styret 12.12.22 og er oversendt til HSØ for endelig godkjenning.*

Antall utskrivningsklare pasienter (USK) som kommunene ikke har kapasitet til å ta imot varierer i antall. Ved høy aktivitet i sykehuset, øker også antall USK-pasienter.

Pågående tiltak:

- SØ har en handlingsplan ved overbelegg somatikk som skal sikre at pasientene blir ivaretatt på en best mulig måte, slik at uønskede hendelser forebygges og den samlede kapasiteten utnyttes. Handlingsplanen skal sikre at alle medarbeidere er kjent med tiltakene og gjennomfører disse i henhold til planen. Dette skal bidra til en god pasientflyt og til at tilgjengelig sengekapasitet er utnyttet. Driftsrapport og status knyttet til kapasitet presenteres som fast sak i sykehusledermøtet, hvor beleggssituasjon, kapasitet og tiltak vurderes. Klinikkene har egne tiltaksplaner ved overbelegg.

- SØ har tidligere omgjort en- til to-sengsrom og har per nå totalt 46 to-sengsrom tilgjengelig. SØ har godkjenning fra Arbeidstilsynet for rommene til 01.09.23.
  - Flyt av pasienter mellom døgnområder med ledig kapasitet.
  - Daglige kapasitetsmøter gjennomføres, hvor logistikk og ressursbehov besluttes.
  - Når kommunene ikke kan ta imot USK-pasienter, gjennomføres det egne dialog-møter. Det er etablert ukentlige kapasitetsmøter mellom SØ og kommunene.
  - Utfordring med at pasientstrømmen er økende. På sikt anses det at mer digital oppfølging vil hjelpe på dette.
  - Bruken av KAD-senger (kommunalt akutt døgnoophold) er redusert gjennom pandemien. KAD-enhetene har nå gjort en rekke tiltak for å øke belegget blant annet gjennom informasjon til henvisere i kommunene (legevakt og fastleger) og forenkling av innleggelsesprosedyrene. I tillegg er det etablert en KAD-direkte-ordning fra akuttmedisin (døgnområde 11) slik at KAD-pasienter fra denne avdelingen raskt kan utskrives/overflyttes KAD.
- *Uønsket variasjon skal reduseres og data fra helseatlas og kvalitetsregistre skal brukes.* I Årlig melding 2021 ble dette svart ut med at SØ har en negativ utvikling/ligger under lands-/HSØ-nivå på blant annet følgende indikatorer:
1. Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus
  2. Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid
  3. Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen
  4. Postoperative infeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære
  5. Dype og organ-/hulromsinfeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære
  6. Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse
  7. Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

**Målet er delvis nådd.** Oppdatert status for disse punktene:

1. Dette er beskrevet tidligere i meldingen – se pkt. 3.2.2
2. Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid er forbedret sammenlignet med 2021 (psykisk helsevern)
3. Trombolysebehandling har stabilisert seg på 19 – 20 % på 20 % er det nasjonale målet.
4. Postoperative infeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære (2021-tall):
  - Hemiprotese - positiv utvikling i 2021. SØ hadde 2,0 %, landsgjennomsnittet var 3.0 %.
  - Totalprotese – positiv utvikling i 2021. SØ hadde 0,4 %, landsgjennomsnittet var 1,0 %.
  - Fjerning galleblære – negativ utvikling i 2021. SØ hadde 4,8 %, landsgjennomsnittet var 3 %.
5. Dype og organ-/hulromsinfeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære

- Hemiprotese - positiv utvikling i 2021. SØ hadde 1,6 %, landsgjennomsnittet var 2,4 %.
  - Totalprotese – positiv utvikling i 2021. SØ hadde 0,4 %, landsgjennomsnittet var 0,7 %.
  - Fjerning galleblære – negativ utvikling i 2021. SØ hadde 1,7 %, landsgjennomsnittet var 1,1 %.
6. Andelen pasienter som får hjemmedialyse utgjør per november ca. 22,4 %. I Årlig melding 2021 ble det referert til et planlagt prosjekt for å se på muligheten for assistert hjemmehemodialyse. Dette er satt på vent til utøking av åpningstid i SØ Moss er iverksatt. Det er planlagt et nytt prosjekt som dreier seg om å øke prosent på hjemmebehandling. Prosjektet er tatt opp i prosjektporteføljen til SØ. Det planlegges også for en selvdialyseenhet, men denne er foreløpig satt på vent av kostnadmessige hensyn.
7. Årsrapporten fra Norsk Hjerstestansregister for 2022 er ikke ferdig ennå.

SØ bruker Helseatlas og kvalitetsregistre aktivt for å følge med på og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Klinikken har også satt opp egne overordnede kvalitetsmål i tråd med dette. Et av hovedmålene er å redusere forbruk av bredspektret antibiotika.

- *I forbindelse med eggdonasjon skal helseforetaket dekke donors kostnader til medikamenter og egenandeler mv. Det må etableres hensiktsmessige systemer som sørger for at donorene ikke må legge ut for slike utgifter.*  
**Målet er ikke nådd.** SØ har ikke dette tilbudet, foreløpig er dette kun på Oslo universitetssykehus (OUS).

## Fra Oppdrag og bestilling 2020

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.*  
**Målet er nådd.** I 2022 har SØ gjennomført fire prevalens-undersøkelser av alle infeksjoner og all antibiotikabruk i somatikken. De av FHI definerte sykehusoppståtte infeksjoner oppnådde en samlet prevalens i 2022 på 2,95 % og SØ oppfylte derved det nasjonale kravet.

Hver registrering var på hhv. 1,26 % - 4,35 % - 2,14 % - og 3,76 %. Av 51 sykehus-infeksjoner totalt var 23 nedre luftveisinfeksjoner og 14 kirurgiske sårinfeksjoner.

Grunnet manglende mulighet for dataoverføring i vårt datasystem ble kun de to obligatoriske undersøkelsene (nr. 2 og 4) punchet manuelt i FHI sitt system - og SØ får et ufullstendig nasjonalt resultat av den grunn. Et nytt datasystem må på plass som oppfyller Sykehuspartner sine krav til sikkerhet. Prevalensundersøkelsene er et godt verktøy også for antibiotikastyring. Vi så at 20 % av forskrevne antibiotika gitt ved de to FHI-reg. undersøkelsene var cefotaksim, mens bare 15 % var benzylpenicillin eller ampicillin. Dette viser et åpenbart overforbruk av et bredspektret antibiotikum. SØ håper at en styrking av sykehusets stab av hygiene-sykepleiere etter pandemien vil bidra til ytterligere

reduksjon av sykehusinfeksjoner, og at en nylig etablert plattform på intranett også vil gi resultater.

- *Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.*  
**Målet er ikke nådd.** Andelen pasienter som får hjemmedialyse utgjør per november ca. 22,4 %. I Årlig melding 2021 ble det referert til et planlagt prosjekt for å se på muligheten for assistert hjemmemodialyse. Dette er satt på vent til utøking av åpningstid i SØ Moss er iverksatt. Det er planlagt et nytt prosjekt som dreier seg om å øke prosent på hjemme-behandling. Prosjektet er tatt opp i prosjektporteføljen til SØ. Det planlegges også for en selvdialyseenhet, men denne er foreløpig satt på vent av kostnadsmessige hensyn.
  
- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.*  
**Målet er ikke nådd.** Andel direktebooking var i 2022 86 %, en økning fra 75 % i 2021.  
  
Eksempler på tiltak:
  - Stabilitet av sekretærressurser (etablert egen bemanningspool i avdeling for pasientservice og booking).
  - Innføre selvbookingsystem i påvente av DIPS Arena.
  - Arbeidsplaner 6 mnd. frem i tid
  - Rekruttering av spesialister og LIS
  
- *Sykehuset Østfold HF skal legge til rette for at alt personell hvert år får tilbud om sesonginfluensavaksine slik at WHO og EUs målsetning om 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan nås.*  
**Målet er ikke nådd.** SØ vaksinerte i 2022/23-sesongen 66,2 % av de ansatte med influensavaksine.
  
- *Sykehuset Østfold HF skal i 2020 kartlegge kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm og IKT.*  
**Målet er nådd.** HSØ hadde planlagt kartlegging av kritisk infrastruktur i helseforetakene (via systemverktøyet Multimap) i 2020. Dette ble pga. korona-pandemien ikke mulig å gjennomføre. Kartlegging av kritisk infrastruktur er utført i Multimap for alle Sykehuset Østfolds lokasjoner. Tiltak i forhold til utført kartlegging blir utarbeidet i Q1 2023 i henhold til fremdrift satt av Helse Sør-Øst.

#### 4.2 Andre forhold ved driften

Hele 2022 har vært preget av pandemi/ettermålinger av pandemien. SØ har gjennom hele året hatt innlagte pasienter med covid, og har også hatt en høyere innstrøm av øyeblikkelig hjelp-pasienter enn forventet.

**5. Utviklingstrender og rammebetingelser**

Det vises til *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2022-2037* vedtatt av styret i SØ 25.04.22 og *Økonomisk langtidsplan Sykehuset Østfold HF 2023-2026(42)* vedtatt av styret i SØ 23.05.22.

**6. Strategier og planer**

Det vises til *Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold HF 2023-2026* vedtatt av styret i SØ 07.11.22 og *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2022-2037* (jf. ovenfor).