

SYKEHUSET ØSTFOLD HF

ÅRLIG MELDING 2023

til Helse Sør-Øst RHF

Sarpsborg [14.02.24]

Til styrebehandling i Sykehuset Østfold 27.02.24



Innhold

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING	3
1. Innledning.....	3
1.1 Oppgaver og organisering.....	3
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.3 Mål for virksomheten.....	4
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll.....	6
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte.....	10
2. Vurdering av virksomheten	13
2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2023.....	13
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	16
DEL II: RAPPORTERINGER.....	17
3. Oppfølging av styringsbudskap for 2023.....	17
3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling	17
3.2 Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet.....	20
3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	28
3.4 Øvrige krav og rammer for 2023.....	34
3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet.....	40
4. Andre rapporteringer	43
4.1 Oppfølging av andre oppdrag	43
4.2 Andre forhold ved driften.....	50
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	51
5. Utviklingstrender og rammebetingelser.....	51
6. Strategier og planer.....	51

DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

1. Innledning

1.1 Oppgaver og organisering

Sykehuset Østfold (SØ) er et områdesykehus og opptaksområdet består av følgende kommuner: Aremark, Fredrikstad, Halden, Hvaler, Indre Østfold, Marker, Moss, Rakkestad, Råde, Sarpsborg, Skiptvet, Vestby og Våler. Beregnet folkemengde ved utgangen av 3. kvartal 2023 var 330 719.

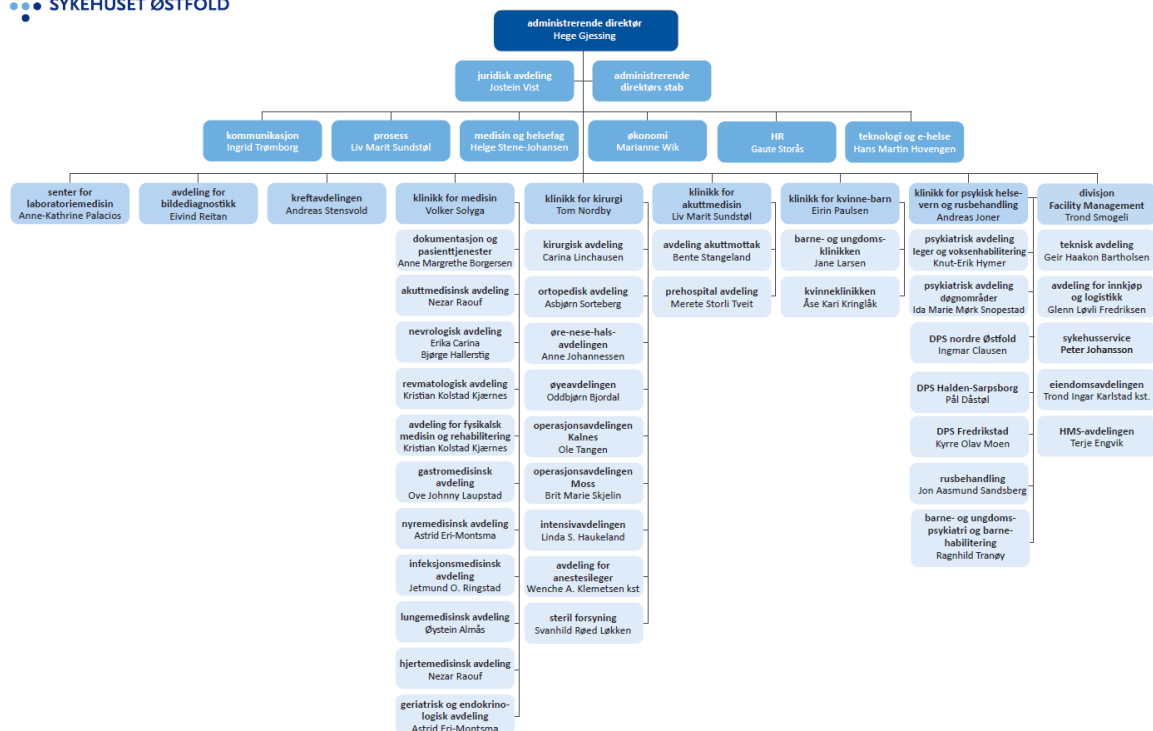
SØ yter spesialisttjenester innen

- kirurgiske fagområder – ortopedi, bløtdelskirurgi (med gren- og subspecialiteter), gynekologi, fødselsomsorg, øye og øre-nese-hals
- medisinske fagområder – indremedisin (med gren- og subspecialiteter), 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 plastikk-kirurgi og HPV-screening.

Organisasjonskart per 31.12.23:

 SYKEHUSET ØSTFOLD

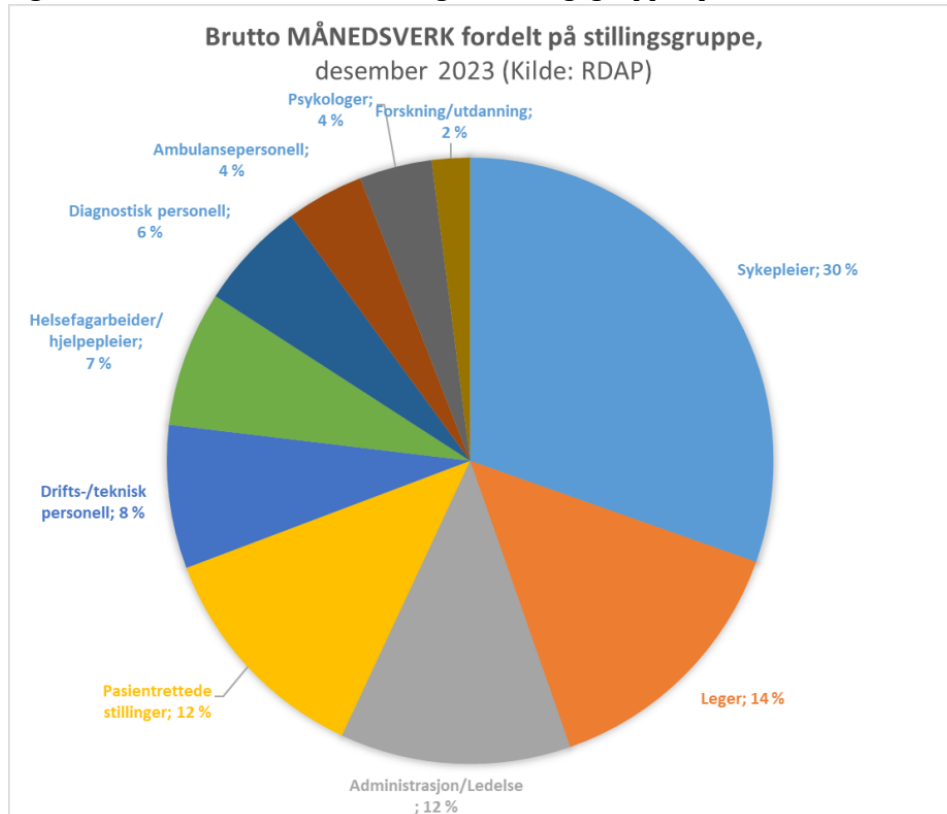


Sykehuset Østfold har totalt 5 535 faste medarbeidere, noe som utgjør 4 934 årsverk. Totalt har sykehusets medarbeidere bidratt med 5 678 årsverk gjennom året. Dette er en økning på 1

prosentpoeng sammenlignet med i fjor. 77 % av de faste medarbeiderne er kvinner. Kjønnsbalansen totalt sett er uendret fra fjoråret.

¹ Kilde RDAP: Brutto årsverk og antall ansatte er definert ut fra ansettelsesforhold (fast versus midlertidig stilling). Tidligere år er dette forholdstallet rapportert ut fra hvordan medarbeiderne er ført i regnskapsmessig.

Figuren nedenfor viser en fordeling av stillingsgrupper per desember 2023:



Tabell 1 Kilde RDAP - Ansatte fordelt på stillingsgruppe, per desember

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.

Med utgangspunkt i utviklingsplanen, oppdrag og bestillingsdokument og hovedutfordringene fra risikovurderinger har SØ følgende seks hovedsatsningsområder, jf. virksomhetsstrategi 2023-2025 som ble vedtatt av styret for SØ 24.04.23:

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

For å understøtte måloppnåelse for prioriterte områder i SØs virksomhetsstrategi er det i budsjett 2023 lagt til rette for økt satsning innen følgende områder:

- Helårseffekt av nytt døgnområde med 18 senger
- Bedret fødetilbud
- Økt bemanning og dermed styrket tilbud innen psykisk helsevern
- Videreført høy aktivitet i innovasjonsprosjekter

Budsjettet for 2024

Styret fattet 18.12.23 følgende enstemmige vedtak i sak 86-23 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 2024 for Sykehuset Østfold HF med et økonomisk resultat på 25 mill. kroner. Styret erkjenner at budsjettet for 2024 er forbundet med betydelig risiko.*
3. *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 at resultatkravet på 25 mill. kr innfris.*
4. *Styret ber om særskilt fokus på følgende områder som ledd i å innfri på resultatkravet:*
 - a. *Begrense innleie og kostbare leieavtaler for fagpersoner fra eksterne tilbydere*
 - b. *Reduksjon av sykefraværet*
 - c. *Begrense omfanget av fristbrudd*
 - d. *Beholde og rekruttere kritisk fagkompetanse*
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 administrasjonen avklare mulighetsrommet for å gjennomføre helt nødvendige investeringer i 2024. Styret orienteres om utfallet av drøftingene med Helse Sør-Øst og om disponering av investeringsmidlene.*

Protokolltilførsel fra ansattvalgte styremedlemmer (4)

Vi, ansattrepresentanter i styret, er svært bekymret for Sykehuset Østfold HF sitt budsjett for 2024.

I drøftingsmøtet med foretakstillitsvalgte og administrerende direktør den 08.12.23 kom det tydelig frem at tillitsvalgte er usikre på om det er et realistisk budsjett. Vi som ansattrepresentanter i styret vi derfor få uttrykke at:

- *Vi er bekymret for arbeidsmiljøet og slitasje på de ansatte med nåværende drift.*
- *Vi mener at budsjettet innebærer svært høy risiko for overskridelser, og er skeptiske til målet om et positivt resultat på 25 millioner kroner – all den tid vi ligger an til et overforbruk på 200 millioner kroner i 2023 og vi vet at marginene ikke er til stede i neste års budsjett.*

- *Det har vært igangsatt tiltak, men vi savner en synliggjøring av hvilken effekt tiltakene har hatt og opplever at vi har høy styringsfart inn i 2024. Vår bekymring er knyttet til den økonomiske situasjonen, og hvilke konsekvenser en fortsatt drift med underskudd vil ha for investeringsbehov og utbyggingsplaner.*
 - *Vi etterlyses en grundig evaluering av tiltak, slik som innsparingstiltakene vedtatt i 2023, «Godt planlagt II» og «Der skoen trykker».*
 - *Det er viktig at det tenkes helhetlig i personalpolitikken ved for eksempel at økt antall leger følges opp med økt antall støttepersonell.*
- Vi forstår at situasjonen er krevende, og vi er innstilt på å bidra konstruktivt i arbeidet med bedre den økonomiske situasjonen.*

1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll

God virksomhetsstyring omfatter 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.

Fokus skal være på måloppnåelse. Målene fremkommer i Oppdrag og bestilling, økonomisk langtidspan (ØLP), 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. Roller og ansvar i virksomhetsstyringen er tydelig definert.

Det er utarbeidet en overordnet møtestruktur for SØ for å sikre at det foreligger hensiktsmessige beslutnings- og kommunikasjonsprosesser og at møtestrukturen og referatene er kjent og tilgjengelig for medarbeiderne. Rapportering og oppfølging foregår i ansvarslinjen på alle nivåer med ulik frekvens og fokus. I 2023 har det vært månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og lederne på nivå-2 med vekt på **økonomi, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**. Det rapporteres månedlig og tertialvis til Helse Sør-Øst på forhåndsdefinerte indikatorer.

Det er flere elementer som inngår i evaluering av egen virksomhet for å avdekke om det er behov for korrigerende av kursen 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 2023 gitt en avsluttende tilbakemelding og konkludert med at SØ har jobbet systematisk, målrettet og godt med å rette lovbruddene. Statsforvalteren vurderer at

Sykehuset Østfold HF, Kalnes gjennom de fire siste årene har iverksatt mange relevante, parallelle og viktige forbedringstiltak for å rette opp i de påpekte lovbruddene og sikre god og trygg pasientbehandling for utlokaliserte pasienter. Tilsynet er avsluttet.

Tilsynssaker

Styret har i 2023 behandlet egen sak om tilsynssaker (2022) i SØ (sak 37-23 i styremøtet 24.04.23).

Statsforvalteren i Oslo og Viken oversendte 80 saker til SØ i løpet av 2022. Det er 25 tilsynssaker, 48 saker hvor det er anmodet om gjennomgang eller oppfølging av henvendelse fra pasient og pårørende eller lokal avklaring/dialogmøte uten videre tilsynsmessig oppfølging. 71 av sakene opprettet i 2022 er avsluttet. I 3 avsluttede saker konkluderte tilsynet med brudd på forsvarlighetskravet.

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 2022 og HMS-strategi 2023-2026 (sak 13-23 i møtet 27.02.23)
- Gjennomgang av vesentlige risikoområder og handlingsplan i Redegjørelse for samfunnsansvar (sak 48-23 i møtet 12.06.23)
- Ledelsens gjennomgåelse informasjonssikkerhet (sak 16-23 i møtet 27.02.23)
- Ledelsens gjennomgang (LGG) II 2023 for Sykehuset Østfold HF (sak 76-23 i møtet 06.11.23)

Styret ble orientert om resultater og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2023 (sak 52-23 i møtet 23.05.22). I forbindelse med styremøtet 27.03.23 (sak 26-23) ble det avholdt møte med Pasient- og brukerombudet i Viken (Østfold), temaene var årsmelding og dialog. Dialogmøte mellom sykehusets styre og brukerutvalget er utsatt til februar 2024.

I styreseminar 25.09.23 ble følgende temasaker diskutert:

- Stråle- og somatikkbygg – status arbeid
- Prioriteringsbeslutninger i helsetjenesten
- Økonomi

Det ble ikke avholdt regionvise møter med kommunene i 2023.

Styret gjennomførte egenevaluering av arbeidet i møtet 24.04.23.

Ledelsens gjennomgang (LGG)

LGG inngår i virksomhetsstyringen og bygger på krav i *Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, og *Helse Sør-Østs (HSØ) Rammeverk for virksomhetsstyring*.

Metodikk for gjennomføring av LGG ble endret i SØ i 2023. Hensikt med endringen var å føre LGG tilbake til opprinnelig hensikt som er å vurdere hvorvidt styringssystemet fungerer som forutsatt, og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Rapport fra LGG bygger på resultater fra leders egenvurdering og annen relevant styringsinformasjon. Pga. lav svarprosent fra ledere ved første gjennomføring (vår 2023, sak 46-23 i møtet 12.06.23), ble det gjennomført en ny LGG i september (sak 76-23, 06.11.23). Svarprosenten hadde da økt til over 80 %, og resultatet ble ansett å være representativt.

Ledelsens gjennomgang viser at styringssystemet i stor grad sikrer at aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav i lov, forskrift og føringer fra oppdragsgivere. For områder med behov for forbedring, er det iverksatt tiltak på overordnet nivå. Ledere skal iverksette nødvendige tiltak basert på resultater i egen enhet.

Virksomhetsstrategi

Revidert virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold HF 2023–2026 ble vedtatt av styret 24.04.23 (sak 35-23). Denne skal gi tydelig retning for valg og prioriteringer og vise sammenhengen mellom faglige mål og rammene lagt i økonomisk langtidsplan.

Klinisk forskning, undervisning og opplæring

Styret har fått presentert tertialrapporter i møte 27.02., 12.06. og 06.11.23 (sak 15, 51, og 80-23).

Større bygg- og eiendomssaker

Eiendomsstrategien for 2022-2040 (fra 2020, oppdateres i 2024) 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 31.12.22. Lokalene er renovert og tilpasset den nye aktiviteten. Det er etablert en overordnet 10-årig gjennomføringsplan for vedlikehold og brukertilpasninger. Leide arealer er fraflyttet og lokalene er tilbakelevert utleier fra 31.12.22.

SØ har ferdigstilt en revidert forprosjektrapport der MR4 legges i etasjen under akuttmottaket. Løsningen legger til rette for en helhetlig og langsiktig utvikling av akuttfunksjonen og MR-kapasiteten. Revidert forprosjektrapport var ferdig behandlet og godkjent i styret for SØ 23.01.23. Den ble endelig behandlet og godkjent i styret for SØ 24.04.23 og behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF 21.06.23. Konkurranses grunnlaget har vært gjennom omfattende kvalitetssikring for å unngå uklarheter i anbudsunderlaget. Anbud ble lagt ut i desember 2023 og det er fortsatt planlagt at nye arealer kan tas i bruk i løpet av 2025.

Ny ambulansestasjon er bygget av Sarpsborg kommune. Den ble delvis overtatt og tatt i bruk sommeren 2023 ettersom endelig ferdigstilling først kunne gjøres etter at ambulansetjenesten hadde flyttet ut av de gamle lokalene. Resten av lokalene ble tatt i bruk i november 2023.

Ved Halden ambulansestasjon er det funnet en løsning for mellomperioden frem til ny ambulansestasjon er klar. Omforent løsning innebærer at Søsterveien 7 fases ut og erstattes med bruk av Søsterveien 3 og en modulbyggøsning. Søsterveien 2 brukes videre som før. Saken ble forankret i AMU 19.09.2023. Søknad om samtykke iht. AML §18-9 er sendt Arbeidstilsynet.

Konseptrapport steg 2 for ny ambulansestasjon i Halden er tidligere godkjent i styresak 49-21. På grunn av høyere byggekostnader og sykehusets økonomiske situasjon ble prosjektet stoppet.

Det har vært nødvendig å se på alternativer. I forståelse med HSØ er det besluttet å gjennomføre en revidert konseptfase. Konseptrapport er under utarbeidelse for å beskrive to alternativer til dagens stasjon (mellomløsning), et leid bygg eller utbygging av ny stasjon i eid bygg ved Haldenklubben. Nødvendige prosessavklaringer med HSØ og Sykehusinnkjøp har krevd noe mer tid og arbeid enn forventet.

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. Dette er en dyr og uheldig løsning og alternativer vil bli løpende vurdert.

Halden kommune har flyttet ut av arealer de har leid til kjøkken i Haldenklubben. Ny bruk av arealene krever oppussing. Oppussing avventes til et nytt behov for arealene er konkretisert.

I Moss er det etablert 33 nye parkeringsplasser som ble ferdigstilt og tatt i bruk sommeren 2023.

Oppgradering av B-blokk i SØ Moss er under planlegging. Det foreligger et pålegg om fullsprinkling knyttet til brannsikkerhet og det er utarbeidet en konseptrapport ifm. behovet. Ventilasjonen har et stort behov for oppgradering i samme område. 15 kommunikasjonsrom (K-rom) i Moss skal reduseres til 5. Tekniske løsninger oppgraderes med nytt trådløst nett for å ivareta krav ifm. dataromskapabilitet og sikkerhet (SØs ansvar) og IT-tekniske installasjoner (Sykehuspartners ansvar). K-rom på DPS rehabiliteres og nytt K-rom på ambulansestasjon planlegges etablert. Grunnet planleggingstid og finansieringsevne, er prosjektet planlagt med oppstart 2026.

Kapasitetsøkning somatikk på kort sikt

Hovedutfordringen for SØ er å løse de eksisterende kapasitetsproblemer med hensyn til døgnplasser (to-sengsrom, pasienter som ikke ligger på «moderpost», mv.). SØ har per i dag en beregnet underdekning på 60 senger, beregnet å øke til 74 senger i 2025.

Ultimo 2022 ble døgnområde 11, akuttmedisin etablert, p.t. er 14 sengeplasser tatt i bruk. I tillegg har kirurgi fått ett nytt behandlingsrom.

Kapasitetsøkning somatikk på lang sikt (fram mot 2040)

Styret i Helse Sør-Øst RHF besluttet 09.03.23, i sak 017-2023 Sykehuset Østfold HF – oppstart konseptfase for nytt stråle- og somatikkbygg Kalnes, å videreføre prosjektet til konseptfase.

Prosjektutløsende faktor er behov for utvidet somatisk kapasitet i opptaksområdet til SØ og etablering av desentralt stråletilbud. I 2023 er konseptfasen steg 1 gjennomført med målsetting om en B3A-beslutning i Helse Sør-Øst RHF første kvartal 2024.

Målet er at det i løpet av 2024 foreligger en konseptrapport, inklusive ekstern kvalitetssikring. Konseptrapporten inklusive ekstern kvalitetssikring skal gi tilstrekkelig grunnlag for styrebehandling i HSØ forut for søknad om lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Økonomi

Det økonomiske resultatet for 2023 viser et negativt avvik i forhold til budsjettet.

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 av hovedårsakene til deler av merforbruket.

Årets lønns- og prisvekst har vært høyere enn kompensert gjennom statsbudsjettet noe som bidrar til negative avvik mot budsjett.

Gjennom året har det vært planlagt og igangsatt kostnadsreduserende tiltak for å bedre den økonomiske situasjonen. En stor andel av tiltakene er av langsiktig art og vil bli videreført og forsterket i 2024. Oppgaver som vil bli prioritert er tiltak for å beholde og rekruttere, redusere fristbrudd og ventetider og ha en positiv økonomisk utvikling.

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

- Økt sengekapasitet innen sykehuspsykiatri
- Utvidet åpningstid for MR-undersøkelser
- Flere poliklinikkrom som bidrar til flere polikliniske konsultasjoner

1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

Medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud tekst fra 2022:

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 31.12.23 var det totalt 142 tillitsvalgte og 161 verneombud registrert i SØ. Det var budsjettert med totalt 9,1 årsverk frikjøpte tillitsvalgte og 2,1 årsverk frikjøpte verneombud.

Administrerende direktør har i 2023 hatt 16 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 2023.

Medvirkning fra brukere, vernetjenesten og tillitsvalgte i arbeidet med Årlig melding 2023

I arbeidet med Årlig melding har det vært arrangert møte med alle FTV/HVO og Brukerutvalget hver for seg og et fellesmøte hvor de ga sine innspill til kapittel 2.1 positive resultater og uforløste utfordringer.

Både foretakstillitsvalgte, vernetjenesten og brukerutvalget vil levere egne skriftlige tilbakemeldinger som legges i kapittel 2.

1.5.1 Brukermedvirkning

SØ vektlegger god brukermedvirkning både på individ- og systemnivå. Helse Sør-Øst (HSØ) sine 13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå ligger til grunn for arbeidet.

Brukerutvalget (BU) består av 9 representanter. Ungdomsrådet (UR) består av 10 representanter. Både BU og UR ble oppnevnt i 2023 med funksjonsperiode 01.04.23-31.03.25. I 2023 gjennomførte BU 10 fysiske møter, inklusiv konstitueringsmøte. UR gjennomførte 7 fysiske møter, inklusiv en helgesamling og et ekstraordinært møte i februar grunnet mange saker på vent.

Høsten 2022 ble prosedyrer for brukermedvirkning BU og UR revidert. Nytt var et årlig fellesmøte mellom BU og UR for å samordne seg om felles saker. Fellesmøtet august 2023, måtte avlyses og ble flyttet til januar 2024.

BU og UR har i 2023 oppnevnt en rekke brukerrepresentanter til ulike råd, utvalg og prosjekter. SØ har egne brukerråd innenfor psykiatri, kreft og råd for pasient- og pårørendeopplæring m.fl. SØ opplever å ha engasjerte og aktive brukermedvirkere som gir nyttige innspill til sykehusets arbeid blant annet i forhold til utforming av pasienttilbud, pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid og forskning.

Uttalelse fra brukere:

Brukerutvalget

Vårt hovedfokus har vært og er å se til at alle i Østfold får riktig helsetilbud til rett tid. Det er også et mål at pasienter og pårørende innenfor somatikk, psykisk helse og rus får adekvat opplæring. Kunnskap om egen helse er for mange nøkkelen til bedre helse og mindre kontakt med helsevesenet.

Arbeidsutvalget som ble opprettet i 2020, skal bidra til å forberede saker til BU har hatt et fysisk og noen digitale møter i 2023. Brukerutvalget planla det årlige dialogmøtet mellom pasient- og brukerorganisasjoner og aktuelle fagenheter i SØ i oktober. Flere omstendigheter førte til at møtet i 2022 måtte avlyses. I 2023 lot det seg heller ikke gjennomføre, dette grunnet manglende påmelding fra Sykehuset Østfold. Planlagt tematikk både i 2022 og 2023 var Samvalg og Helsekompetanse.

Leder og rådgiver har deltatt på dagsmøte med representanter fra alle BU i HSØ.

Brukerutvalget har i 2023 som tidligere år uttrykt sin bekymring relatert til SØ sin økonomiske situasjon og hvordan denne kan påvirke pasienttilbudet i sykehuset, samt nytt stråle og somatikkbygg. Desember 2023 sendte Brukerutvalget et brev til Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol og styret i Helse Sør-Øst med kopi til styret og AD SØ samt Østfoldbenken. Tittelen på brevet var Krevende å være pasient i Østfold – underfinansiering av Sykehuset Østfold.

I hvert brukerutvalgsmøte er administrasjonen til stede og redegjør for saker som skal behandles av styret. Brukerutvalget gir sine anbefalinger og råd til adm. direktør og styret. I år ble det ingen anledning til det årlige møtet med styret i november grunnet tidkrevende prosesser på SØ.

Ungdomsrådet

UR opplever etterspørsel av UR til ulike fora internt i SØ og eksternt i kommune som innspill til ulike prosjekter, prosedyrer, foredrag på kurs, seminarer og fagdager. UR har representert ved blant annet seminar og paneldebatt om selvmordsforebygging til barn og unge, ressursgruppe prosjektet barn under radaren, og innlegg samt deltakelse på fagdag for barneansvarlige ved SØ blant annet. Ungdomsrådet har videreført fokus på barn og ungdoms som pårørende i 2023.

Uttalelse fra tillitsvalgte og vernetjenesten:

Vi har hatt nok et år med svært stram økonomi og høy pasientbehandling i et trangt sykehus. Til tross for disse faktorene tilstreber de ansatte å levere en pasientbehandling av høy kvalitet.

Sykehuset Østfolds arealknapphet og kapasitetsutfordringer er fortsatt en økende utfordring. Tillitsvalgte og vernetjenesten er bekymret for ansattes pressede arbeidshverdag, som kan påvirke ansattes helse, samt pasientsikkerheten.

To på ensengsrom og korridorpasienter i somatikken, samt vedvarende bruk av tilleggs rom i psykiatrisk avdeling er fortsatt et belastende problem. Vi er bekymret for at dette forårsaker en økt arbeids- og helsebelastning både fysisk og psykisk for ansatte. Beleggsprosenten er dimensjonert til 90 % på Kalnes sykehus, men det reelle belegget har og er til tider over 120 %. Vi opplever at det også har blitt en økende smitteutvikling i sykehuset, pga. arealknapphet.

Vold og trusler har en alarmerende utvikling, som omfatter hele SØ. Dette har høyt fokus og som det arbeides flittig med både av ansatte og arbeidsgiver.

Vi ser det som positivt at HSØ ga tillatelse til å starte med konseptfase for nytt senge- og strålebygg. Fortsatt ser vi frem til byggestart av nytt akuttinntak somatikk.

Positivt er det etter flere år at ambulansestasjonen i Sarpsborg har flyttet inn i nye leide lokaler. Gledelig er at også Halden ambulansestasjon har fått klarsignal til ny opprettelse av ny stasjonsløsning.

Rehabiliteringen av Fredrikstad klinikken har medført en etterlengtet samlokalisering, men renoveringen har vært og er fortsatt svært krevende for ansatte, pasienter og pårørende.

Moss sykehus har fortsatt store utfordringer relatert til ventilasjonsanlegget, noe som er svært krevende for ansatte både sommer og vinter.

Tillitsvalgte og vernetjenesten, som er underlagt HR, har i flere år etterspurt mere frikjøp, som ikke har blitt imøtekommet ifht økt antall ansatte, arbeidsmengde og stadige samtidskonflikter. 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 6 og 8 i arbeidsmiljøloven. En reell forankring blant de ansatte er vanskelig, når det ikke avsettes nok tillitsvalgt- og verneombudressurser. Dette til tross for at HR selv har etablert flere nyopprettede stillinger på arbeidsgiversiden.

Vi er svært bekymret for den høye turnoveren og det høye sykefraværet, samt rekrutteringsutfordringene i SØ. Vi etterspør en livsfasepolitikk (småbarnsforeldre, seniorpolitikk etc) der det skal arbeides aktivt med bevaring og rekruttering.

Prosjekt heltid inneholder tiltak og forslag for bevaring av både personale og kompetanse. De fleste ansatte ønsker hele sin stilling i en seksjon for å oppleve tilhørighet uten å måtte gå via bemanningsavdelingen. Dette er dessverre noe SØ til nå ikke har klart å innfri og som også kan ha innvirkning på rekruttering og bevaring.

2. Vurdering av virksomheten

2.1 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2023

Positive resultater

Kapasitet og arbeidsflyt

SØ har:

- styrket døgnkapasiteten på sykehusnivå for voksne pasienter i psykisk helsevern. Dette har vært helt nødvendig som følge av flere år med overbelegg. Ny døgnseksjon for psykosebehandling med 11 senger ble åpnet 02.10.23.
- styrket kapasiteten til å følge opp barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser gjennom etablering av to nye årsverk i tjenesten.
- etablert felles henvisningsmottak i DPS innenfor psykisk helsevern.
- økt MR-kapasitet ved å ta i bruk ny teknologi som reduserer opptakstider. Det er satt i gang kveldspoliklinikk i Moss, noe som har gitt bedre resultater på ventetid for MR prostata.
- kraftig løft med ny spektral CT på Kalnes med ny avansert CT-teknologi som gir nye undersøkelsesmuligheter.
- oppskalert tuberkulosescreeningskapasiteten på Nasjonalt ankomstsenter etter UDIs behov.
- startet med gastroskopiundersøkelse ved barne- og ungdomsklinikken. Dette vil bidra til reduserte ventelister.
- etablert akuttkirurgisk poliklinikk. Dette har gitt en reell avlastning for både akuttmottak, men ikke minst for det kirurgiske vaktteamet og ført til kortere ventetid for gående ø-hjelps pasienter.
- etablert ambulerende team på lungeavdelingen hvor KOLS-pasienter følges opp med hjemmebesøk og videokonsultasjoner. Målet er å gi rett behandling på rett sted, økt livskvalitet, mestring og trygghet i hverdagen. I tillegg redusere innleggelser og redusere ventetider. Status er at flere innleggelser er forhindret da behandling er startet hjemme, og i tillegg er noen pasienter lagt direkte inn på helsehus da de kun trenger oksygen i en periode.

Kvalitet

SØ har:

- startet med tverrfaglige vurderinger knyttet til pasientbehandling i enhet for komplekse pasienter (complex patient unit). Legene og sykepleierne samles ukentlig for å få en oversikt over tilstanden til pasientene som er innlagt og i felleskap legge en plan for behandling. Dette bidrar til bedre diagnostisering og kortere liggetid.
- etablert polikliniske hysteroskopier i kvinneklinikken og er foregangssykehus i denne behandlingsformen.
- utvidet digital symptom-monitorering og tilbakemelding fra pasienten i psykisk helsevern (ved bruk av Checkware).
- etablert komplikasjonsmøter ved gastrokirurgisk seksjon og har fast struktur på komplikasjonsmøter i avdeling for anestesileger. Det er utarbeidet prosedyre for ivaretagelse av alvorlig og uønskede hendelser med klare kriterier for hvilke komplikasjoner som skal meldes.
- positiv nedgang på postoperative blødninger og smerte ved tonsillektomier (fjerning av mandler). Dette har ført til reduksjon av antall reinnleggelser.

- innført verktøy for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling som rammer barn og unge ("Barn under radaren").
- Etter at ortogeriatrici (økt geriatrisk kompetanse i et tverrfaglig behandlingsteam) ble etablert har overlevelse for eldre med hoftebrudd bedret seg betydelig.

Ressursstyring og kompetanse

SØ har:

- etablert hybrid ressursstyring som en arbeidsform som en pilot. Dvs. lokal ressursstyring fusjonert med sentrale stabsressurser for å sikre god ressursstyring. Dette er et egnet konsept for å bedre ressursstyringen i virksomheten.
- høy andel helsefagarbeidere og har vært tidlig ute med å satse på oppgavedeling. Det arbeides kontinuerlig med ulike tiltak for å hente ut potensial der oppgavedeling er en god løsning.
- økt antall medarbeidere i heltidspoolen og viser gode resultater i arbeidet med heltidskultur.
- økt antall utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og jordmødre fra 50 i 2022 til 66 i 2023.
- i samarbeid med Fagskolen i Viken utviklet nye høyere yrkesfaglige utdanninger for helsefagarbeidere tilpasset sykehusets behov for kompetanse. Landets første videreutdanning for helsefagarbeidere i intensivpleie er utarbeidet og første kull starter opp høsten 2024. Videreutdanning i medisinsk virksomhet hadde oppstart august 2023.
- i løpet av 2023 hatt 10 medarbeidere som har tatt doktorgrad.

HMS/arbeidsmiljø

SØ har:

- utredet utvidelse av akuttmottak og etablering av MR4 og anskaffelsesprosessen er i gang. Planen er at byggingen kan starte i begynnelsen av 2024, og at de første pasientene kan tas imot fra høsten 2025.
- etablert ny ambulansestasjon i Sarpsborg.
- funnet midlertidig løsning for Halden ambulansestasjon frem til ny ambulansestasjon er klar. Lokalene i dagens ambulansestasjon har ikke vært dimensjonert for eksisterende behov og aktivitet, og det har vært utfordringer knyttet til inneklima.
- gjennomført konseptfase steg 1 for stråle- og somatikkbygg. Helse Sør-Øst RHF behandler konseptrapporten våren 2024.

Annet

- Barneavdelingen har hatt mange aktiviteter for barna gjennom 2023, bl.a. Kardemommebyfest, Nissenatt, Hundeparade og ulike besøk/forestillinger.

Uløste utfordringer

Økonomi

- Det økonomiske resultater for 2023 viser et negativt avvik i forhold til budsjettet. 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 av hovedårsakene til deler av merforbruket.

- Årets lønns- og prisvekst har vært høyere enn kompensert gjennom statsbudsjettet, noe som bidrar til negative avvik mot budsjett.

Bemanning, sykefravær, beholde og rekruttere

- Sykefraværet har i 2023 ligget over plantall. Sykefraværet i desember var 11,8 % og er økt sammenlignet med foregående måned (9,1 %).
- Bemanningsforbruket har i 10 av årets måneder ligget over plantall. I desember var bemanningsforbruket 255 månedsværk høyere enn plan.
- Personalet har i lang tid opplevd høyt arbeidspress. Enkelte døgnområder har høy turnover.
- Det er store utfordringer knyttet til rekruttering av jordmødre, enkelte somatiske legespesialister/overleger, LIS, psykiatere, psykologspesialister, sykepleiere, spesialsykepleiere og spesialvernepleiere.
- Det er høy turnover av seksjonsledere i klinikkene.

Plassmangel og kapasitet

- Plassmangel gir store utfordringer i somatiske døgnområder hvor pasienter må ligge på korridor. For å bedre korridor-problematikken er det gjort midlertidige endringer slik at to pasienter legges på enerom (47 slike rom disponeres per i dag). Dette krever dispensasjon fra Arbeidstilsynet, SØ fikk i september 2023 forlenget denne frem til utgangen av 2029. Planlegging av stråle- og somatikkbygg er i gang. Det er vanskelig å se andre løsninger på denne problemstillingen før nytt sengebygg er på plass. I psykisk helsevern er det en opplevelse av knapphet på arealer, crowding er en kjent risikofaktor for adferdsutfordringer og dette kan ha betydning for anvendelse av tvang.
- Det er også mangel på garderober, lagerplass, arbeidsplasser og overnatting for vaktleger. Logistikk og renhold blir ikke optimalt.
- Det er fortsatt utfordring med 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.
- Produksjonskoeffisienten (100 % av alle døgnopphold, 35 % av alle dagbehandlinger, og 10 % av alle polikliniske konsultasjoner) er et standardtall som ti helseforetak i Norge sammenligner seg med i et FM-nettverk. Vanlig forholdstall er ca. 1 behandling per kvm per år. En beregning med bakgrunn i dette viser hhv. 1,6 for hele SØ (somatikk og psykisk helsevern) og 2,1 for Kalnes, noe som viser en mye høyere trangboddhet hos oss sammenlignet med andre helseforetak.
- Økningen i antall pasienter som trenger lange innleggelser i psykisk helsevern på sykehusnivå. Særlig antall pasienter dømt til behandling vil trolig gi store kapasitetsutfordringer i årene framover.
- Økende ventelister/etterslep og fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid somatikk økte fra 61,3 dager i 2022 til 73,1 dager i 2023.
- Pasientlogistikk, utfordringer med pasientflyt både internt og ut av akuttmottak.
- Det er økende grad av vold og trusler mot medarbeidere.

- Manglende tilgang på nye ambulanser fører til økte reparasjonskostnader og fare for driftsstans.
- Oslo og andre større kommuner kjøper i stor grad plasser i private bo og omsorgstilbud for bosetning av sine pasienter i Østfold. AHUS, LDS, DH, OUS og andre overfører raskt spesialisthelsetjenestens "sørge-for-ansvar" til klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling SØ. Dette kompenseres ikke gjennom inntektsmodellen og gir SØ store utfordringer med kapasitet.
- Andel polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon er 9,7 % mens målet er 15 %.
- Økningen av risikogravide og induksjoner som belaster en allerede presset drift og bemanningssituasjon.

Bygg

- Tilstandsvurdering av bygningsmassen utføres hvert 4. år, i tråd med oppdragsdokumentet - sist i 2020, neste gang i inneværende år. Ny tilstandsvurdering vil gi en mer presis oversikt over status, men det er god grunn til å anta at tilstandsgraden har forverret seg fra 2020. Sykehusets økonomiske situasjon har gjort at det ikke er funnet mulighet til å bruke tilstrekkelige midler for å opprettholde eller forbedre tilstandsgraden.

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.

SØ har stort behov for å øke kapasiteten som følge av en raskt voksende pasienttilstrømming og et høyt overbelegg mye av året. Sykehuset planlegger nå nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes. Konseptfasen steg 1 startet i mars 2023 og konseptrapporten skal behandles i styret i HSØ i mars 2024.

Hovedutfordringen for SØ er den økonomiske situasjonen. Årsaken viser at det i all hovedsak er knyttet til merforbruk av bemanning med dyre løsninger som overtid og forskjøvet arbeidstid som følge av høyt sykefravær og innleie av eksterne psykologer og psykiatere.

I tiden fremover vil SØ jobbe aktivt med tiltak innen rekruttering, bemanning og ressursstyring.

I SØ er følgende større omstillinger gjennomført i 2023:

- I psykisk helsevern Kalnes ble ny sengepost med 11 senger etablert.
- Avdeling for medisinsk koding og dokumentasjonssenteret er slått sammen til avdeling for medisinsk koding og dokumentasjon.

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Oppfølging av styringsbudskap for 2023

3.1 Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling

3.1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

- *Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper.*

Målet er nådd.

Målet er nådd når det gjelder ressursmessig styrking av psykisk helsevern og TSB gjennom økning i budsjett svarende til ekstrabevilgningen i revidert statsbudsjett 2023. Denne økningen er imidlertid alt for liten til å sikre rask og likeverdig behandling og helhetlig pasientforløp i fagområdene. Målet er delvis nådd når det gjelder aktivitetsøkning fra 2022 til 2023.

Tiltak:

- Det ble åpnet en ny døgnseksjon for psykosebehandling i psykiatrisk avdeling (psykosebehandling 4), med 11 senger, 02.10.23. Etter åpningen av denne seksjonen har pasientbelegget på øvrige psykoseseksjoner blitt redusert. Det forventes at dette opprettholdes, hvilket vil medføre færre unødvendige overganger mellom seksjoner, bedre pasientbehandling, og økt pasientsikkerhet. Herunder redusert bruk av tilleggsrom. Det er fortsatt noe tidvis overbelegg, men totalt sett er det en betydelig reduksjon.
- Det ambulante arbeidet med oppfølging av ungdom med spiseforstyrrelser i BUP er styrket med to årsverk. Dette vil trolig ha betydelig effekt på kapasiteten knyttet til moderate til alvorlige spiseforstyrrelser for denne aldersgruppen.

- *Aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2023 sammenlignet med 2022, både innen døgnbehandling og dag og poliklinisk aktivitet.*

Målet er nådd for BUP på antall polikliniske konsultasjoner og utskrevne pasienter, men ikke på antall liggedager. Målet er nådd for VOP på antall polikliniske konsultasjoner, men ikke på utskrevne pasienter og antall liggedager. TSB innfrir ikke på poliklinikk eller døgn.

Tall korrigert for TD93A, TD93B, TD95A, TD95B	Polikliniske konsultasjoner		
	Faktisk HIÅ 2022	Faktisk HIÅ 2023	Endring i %
VOP	66 483	70 337	5,8 %
BUP	36 748	39 130	6,5 %
TSB	25 897	22 070	-14,78 %
	Utskrevne pasienter		
	Faktisk HIÅ 2022	Faktisk HIÅ 2023	Endring i %
VOP	2568	2 547	-0,8 %
BUP	228	243	6,6 %
TSB	668	629	-5,8 %
	Antall liggedager		
	Faktisk HIÅ 2022	Faktisk HIÅ 2023	Endring i %
VOP	51 731	45 928	-11,2 %
BUP	4 010	3 165	-21,1 %
TSB	11 604	10 641	-8,3 %

Tiltak:

- Fokus på registreringspraksis TSB¹: Lavere registrert aktivitet i LAR² i 2023 etter korrigert registreringspraksis. Det har kommet ny ordning med regler for fritak fra egenandel ved gjennomføring av LAR. Det er fortsatt noe uklart hva som regnes som helsehjelp som det kan kreves egenandel for i LAR. Ulike fortolkninger fra Hdir og Helfo. TSB i Sykehuset Østfold (SØ) har holdt seg til en registreringspraksis utfra Hdir sin konservative fortolkning av reglene, noe som gir noe lavere registrert aktivitet.
- Sykefraværsoppfølging i TSB da avdelingen gjennomgående har hatt høyt sykefravær over tid – et sykefravær som langt på vei forklarer avdelingens manglende måloppnåelse mtp. aktivitet på poliklinikk. Det er gjennomført tiltak i form av dedikert lederstøtte fra IA-rådgiver til sykefraværsoppfølging, seminar på hver seksjon - om arbeidsmiljø - i regi av BHT, nærværsprogrammet “der skoen trykker” på en seksjon.
- Særskilt oppfølging Akutteamet: Etter omstilling 22.05.23 er bemanning og kapasitet redusert fra tidligere ambulant akutteam. Dette, i tillegg til spisset fokus på akutte og subakutte oppdrag, bidrar til noe usikker prognose for aktivitet. Erfaringer etter omstillingen gir grunnlag for økt oppmerksomhet på registreringspraksis og planlegging av subakutte avtaler. Dette følges opp i samarbeid med rådgiver IKT og lokale merkantile ressurser. Lederlinja følger opp avklaringer med medarbeiderne knyttet til kapasitet for subakutte forløp.

Ovennevnte oppfølgingsområder antas å gi effekt i form av økt aktivitet, i tillegg til mer pålitelig prognose for aktivitet.

¹ TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser

² LAR – Legemiddelassistert rehabilitering

3.1.2 Tvangsbruk psykisk helsevern

- Økt bruk av frivillige behandlingsalternativer i psykisk helsevern i de tilfeller hvor dette er forsvarlig og tilrådelig, i samarbeid med pasienter, pårørende og kommunale tjenester.

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

- Oppfølging av enkeltpasienter med mange reinnleggelser: Forbedringsarbeidet knyttet til individuell oppfølging av pasienter med mange reinnleggelser har vist effekt i forhold til at flere av disse pasientene nå ikke lenger trenger denne ekstra oppfølgingen grunnet få reinnleggelser. Arbeidet videreføres ved at overnevnte pasienter byttes ut med nye pasienter som trenger denne ekstra oppfølgingen.
- Implementering av «reduisert bruk av tvangsmidler»: Det gjennomføres regelmessige kvalitetsrådsmøter i psykiatrisk avdeling hvor bruk av tvang gjennomgås på avdelingsnivå. Det gjennomføres også kvalitetsrådsmøter på seksjonene. *Møte med Aggresjonsproblematikk (MAP³)* er implementert. Opplæring av ansvarshavende er gjennomført, og det gjennomføres kontinuerlige kurs for opplæring av nyansatte.

- Antall pasienter (per 100 000 innbyggere) med vedtak om tvangsmidler i psykisk helsevern for voksne skal reduseres.

Målet er delvis nådd.

Befolkningstallene for 2023 gjelder pr november.

Per 31.10.23

PHV			
År	Antall vedtak	Antall pasienter	Pr 100 000
2021	2223	175	68,6
2022	2092	188	72,7
2023 (01.01.23-31.10.2023)	1135	182	69,3
PHBU			
2021	193	15	23,1
2022	50	13	20,0
2023 (01.01.23-31.10.2023)	44	16	24,4

Tiltak:

- Generelt arbeid rettet mot redusert og riktig bruk av tvang, som for eksempel styrket kompetanse blant ansatte og ledelse, godt og trygt arbeidsmiljø, herunder:
 - Implementering av MAP:
MAP er nå implementert på alle seksjoner i psykiatrisk avdeling og døgnsseksjoner i BUP. Forventet effekt er tryggere medarbeidere, riktigere bruk av tvang, økt pasientsikkerhet gjennom felles forståelse av teknikker og økt sikkerhet for medarbeiderne av samme årsak. Sistnevnte særlig i forhold til

³ Møte med Aggresjonsproblematikk - MAP. Metode som har til det formål å gjøre helsepersonell i stand til å arbeide med aggresjonsproblematikk på en kvalitetssikret måte.

bedret samarbeid mellom medarbeidere som bistår hverandre ved utageringssituasjoner og utløst alarm.

- Daglig vurdering av tvangsbruk i behandlingsmøter:
Det gjennomføres daglige tverrfaglige møter, hvor blant annet tvangsbruken og videre pasientbehandling drøftes. Forventet effekt er riktigere bruk av tvang.
- Fokus på korrekt registrering:
Det arbeides kontinuerlig med korrekt registrering. Det gjennomføres et heldagskurs i opplæring for ansvarshavende, for opplæring om beslutning og nedtegning av vedtak om tvangsmidler.
- Det er en opplevelse av at det er knapt med areal i psykisk helsevern. Crowding er en kjent risikofaktor for adferdsutfordringer og dette kan ha betydning for anvendelse av tvang.

3.1.3 Henvisninger psykisk helsevern

- *Helseforetaket skal innen 1. september 2023 ha etablert og i drift felles henvisningsmottak i DPS (helseforetak /avtalespesialister) innenfor psykisk helsevern.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Organisering av IKT: Gjennomført og implementert, fungerer godt.
- Organisering av pasientflyt/pasientlogistikk:
 - Helsekretær har ansvar for pasientflyt sentralt.
 - Helsekretær i Felles henvisningsmottak (FHM) har kommunikasjonen om pasientflyt med avtalespesialistene.
 - Godt implementerte rutiner.
 - Prosedyre er etablert.
- Organisering av FHM-inntaksmøter ved hvert DPS:
 - Hvert DPS har inntaksmøte.
 - Helsesekretær i FHM deltar på alle tre DPS inntaksmøter.
 - Organiseringen fungerer godt.

Ordningen fungerer godt. Den eneste utfordringen er at avtalespesialistene har liten og uforutsigbar kapasitet.

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

3.2.1 Bemanning og kompetanse

- *Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK), samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2022.*

Målet er nådd.

Antall utdanningsstillinger totalt er økt fra 50 i 2022 til 65 i 2023.

- *Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget skal økes sammenlignet med 2022.*

Målet er nådd.

Antall lærlinger har økt fra 31 i 2022 til 32 i 2023. I ØLP er målet å øke med 2 lærlinger per år.

- *Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2022.*

Målet er ikke nådd.

Det har vært en nedgang i antall budsjetterte stillinger til LIS3 psykiatri fra 2022 til 2023 grunnet å få kvalifiserte søkere. Mange stillinger blir derfor stående tomme over tid. For å unngå manglende behandlerkapasitet er disse stillingene omgjort til andre behandlerstillinger.

Tiltak:

- Det ble etablert tre nye LIS1-stillinger fra 01.09.23, med binding til psykisk helsevern. Disse tre stillingene skal ha tredelt turnustjeneste (medisin, ortopedi/kirurgi, psykisk helsevern), og får tilbud om stilling i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling etter gjennomført LIS1.

- *Helseforetaket skal fortsette og forsterke arbeidet med å utvikle heltidskultur.*

Målet er nådd.

Prosjekt heltid viser til gode resultater. Antall medarbeidere i heltidspoolen har økt iht. gevinstrealisering. Prosjektet er i avslutningsfasen og tiltak overføres til drift.

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

- Rekruttering til traineeprogrammene, bemanningspoolen og heltidspoolen for å øke andel heltidsstillinger i SØ.
- Beslutning i sykehusledermøtet, om at medarbeidere i traineeprogrammene skal jobbe hele sin stilling ved et fagområde om gangen, er iverksatt og fungerer godt.
- Sikre kompetanse og lederstøtte innen ressursstyring. Implementert hybrid ressursstyring som metode, og ansatt to årsverk for å styrke seksjon for ressurs- og arbeidstidsplanlegging.

- *Helseforetaket skal foreta en kritisk gjennomgang av behov for innleie med sikte på reduksjon i omfanget. Det er i arbeidsmiljøloven § 14-12, syvende ledd nedfelt en hovedregel om forbud mot innleie fra bemanningsforetak. Det er fastsatt en forskriftshjemmel som åpner for unntak basert på enkelte vurderingskriterier, det forutsettes streng praksis ved bruk av unntaksbestemmelsen.*

Målet er delvis nådd.

Helseforetaket har identifisert dette som en spesiell utfordring i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling - og i samarbeid mellom kliniksjeff for psykisk helsevern og rusbehandling og HR er det utarbeidet en detaljert handlingsplan for reduksjon av innleie.

Tiltak i denne handlingsplanen har vært å:

- Utrede større fleksibilitet av legespesialister og mulighet for å inngå lokal avtale.
- Utforske muligheter for å rekruttere innleide leger.
- Gjøre det mindre attraktivt å jobbe i innleiebyrå gjennom å ikke leie inn spesialister som bor i området. Ingen kortreiste spesialister per nå.
- Prøve ut rekruttering av legespesialister fra utlandet gjennom et byrå.
- Utrede oppgaveglidning - begrenset foreskrivingsrett av psykofarmaka til psykologspesialister.
- Utarbeide mandat for utredning av sentralisering av DPS/BUP/TSB.
- Utforske muligheten for å sette et prosentvis tak på innleie.
- Mobilisere pensjonister – utrede mulige avlønningsmodeller.
- Godkjenning av innleie skal skje på nivå 2.
- SØ har 3 LIS 1 i tredelt løp fra høsten 2023. Det planlegges med ytterligere 3 fra 2024.

Tiltakene i handlingsplanen har vist seg å være virkningsfulle, men har gitt varierende effekt. Det er fortsatt en vesentlig utfordring med mye innleie av legespesialister innenfor psykisk helsevern.

I klinikk for kvinne-barn er det todelt. Barn og ungdom har ikke hatt innleie siden februar 2023, mens blant jordmødrene er det 15 ledige vakter hver helg på grunn av heltidspolitik. For å dekke minimum helgebemannning er det behov for 15 jordmødre til, evt. må jordmødrene ha 60,5 % stilling hver. Da det har vist seg krevende å rekruttere flere jordmødre, har dette medført behov for innleie av jordmorvikarer fra bemanningsforetak for å opprettholde forsvarlig drift.

Tiltak:

- Det gjøres en kritisk vurdering før det besluttes innleie. Alle andre forsøk på å dekke kritisk bemanning skal prøves først, når dette ikke lykkes sendes det en forespørsel til klinikkssjef med detaljerte opplysninger ift. faktisk behov og gjennomførte tiltak for å forsøke å dekke ledige vakter. Klinikksjef må godkjenne all innleie.
- Trenden i klinikken er at færre ønsker helgeavtale i 2024 slik avtalen er i dag. Det var også færre som hadde helgeavtale i 2023 sammenlignet med 2022.

De øvrige klinikkene arbeider også med å redusere innleie, men der har dette arbeidet vært ivaretatt i vanlig drift uten spesielle arbeidsgrupper.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Helseforetaket skal delta i regionalt prosjekt som har til formål å utvikle felles rammeverk for hvordan det skal arbeides med ressursstyring på de ulike nivåene i regionen, inkludert organisering, ressurser og kompetanse. Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide mandat for arbeidet i dialog med helseforetakene.</i> |
|---|

Målet er ikke nådd.

Tiltaket er å bidra inn i det regionale prosjektet.

Prosjektet er startet opp i HSØ, men helseforetakene er foreløpig ikke involvert.

- *Helseforetaket skal registrere systematisk alle anmeldte vold- og trussel hendelser mot medarbeidere. Antall hendelser fordelt på somatikk, psykisk helsevern og prehospitale tjenester skal rapporteres tertialvis til Helse Sør-Øst RHF.*

Målet er nådd.

Prosedyrer/rutiner er etablert.

Tiltak:

- Rutine for rapport på antall anmeldelser per tjenesteområde er etablert i samarbeid med arkivleder som administrerer sakssystemet Public 360. Systematisk registrering etablert.
 - Antall anmeldelser per 11.12.23: Somatikk: 26, hvorav prehospital avdeling (ambulanse) 5. Psykisk helsevern: 27.
- Krav om situasjonsbetinget å politianmelde «med lav terskel», inngår i SØs felles prosedyre fra 2017 med foretaksjursist som rådgivende ressurs.
- Prosedyren «Arbeidsgivers omsorgsplikt» etablert 2022 skal sikre rettslig og psykososial ivaretagelse av medarbeidere og ledere som stiller som fornærmet eller vitne i rettssak.
- Krav om situasjonsbetinget å politianmelde «med lav terskel», inngår i 1) Grunnkurs HMS/arbeidsmiljø for ledere og verneombud, og 2) i opplæring MAP psykisk helsevern og MAP somatikk – opplæringspakke for *Møte med Aggresjonsproblematikk* – forebygging, håndtering og oppfølging ved vold og trusler.

- *Helse Sør-Øst RHF har igangsatt et regionalt strukturert arbeid for å fremme riktig oppgavedeling mellom personell og effektiv organisering ved å vurdere og systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. Helseforetakene og de private ideelle sykehusene med egne opptaksområder skal bidra inn i dette arbeidet med nødvendig ressurser og deling av kunnskap, erfaringer, og ulike tiltak knyttet til oppgavedeling. Arbeidene skal minimum omfatte:*
 - *Utvikle, etablere og vedlikeholde «Kompetanseportalen» for ansattes formelle og reelle kompetanse. Systematisere kompetanseplaner i henhold til regionale føringer og sikre tydelig ansvarsforhold*
 - *På bakgrunn av kartlegging av arbeidsoppgaver og behov for kompetanse, vurdere, og hvor det er hensiktsmessig, igangsette nødvendig prosesser for å endre sammensetningen av ulike helsepersonellgrupper. Bruk av personell uten helsekompetanse skal vurderes.*

Målet er delvis nådd.

Kompetanseplaner i Kompetanseportalen er utviklet, etablert og vedlikeholdt på de aller fleste enheter. Det utvikles stadig nye kompetansekrav og kompetanseplaner justeres i samarbeid med klinikkene. Vi ser dette som et kontinuerlig arbeid i takt med behov for ny kompetanse og oppgavedeling.

Sykehusledermøtet vedtok i september 2023 å opprette en ressursgruppe som fikk ansvar for å koordinere og være pådriver for oppgavedeling. Ressursgruppen starter arbeidet i 2024.

Det er igangsatt prosesser i flere enheter som ser på sammensetning av kompetanse, oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper, samt bruk av personell uten helsepersonellkompetanse. Dette arbeidet vil intensiveres i 2024.

3.2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet

- *Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2023 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2022, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier.*

Målet er delvis nådd.

Total økning i perioden 2020-2022 tilsvarer 32 %, dermed mer enn 15 % per år totalt sett. Dog ikke tilsvarende økning for 2023, resultatet er ikke klart før andre kvartal 2024.

Tiltak:

- Det er gjort en gjennomgang og kvalitetssikring av rapporterte tall for kliniske behandlingsstudier (KBS) som viser at rekrutteringsinnsatsen har gitt resultater
 - Antall pasienter er økt med 88 % i perioden 2020-2022
 - 32 % økning i antall pasienter fra 2021-2022
 - Studier med mange inkluderte pasienter er i ferd med å avsluttes, som gjør at det forventes en nedgang i antall pasienter i kliniske behandlingsstudier i 2023-2024
- 13 stipendiater og 4 forskere lønnes av eksterne forskningsmidler.
- 44 henvendelser om studier mottatt gjennom NorTrials portalen. I tillegg kommer henvendelser direkte til fagmiljøene.
- 5 nye studier signert avtale med SØ i 2023.
- 22 nye forskningsprosjekter innmeldt i SØs prosjektregister i 2023.
- Kartlegging av behov i klinikk- og avdeling pågår med fokus på å implementere forskningsstrategien og øke forskningsaktiviteten.
 - Mulighet for å etablere kombinerte stillinger med 50 % forskning/50 %
 - Mulighet for å ta imot flere legemiddelstudier.

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

Målet er nådd.

SØs resultat 2022 er verifisert på 10,4 % mot nasjonalt resultat 12,6 %.

Tiltak:

- Tiltakene er de samme i forhold til at journalgjennomgangen benytter fastlagt metode.
 - Kommentar/effekt: Arbeidet er ressurskrevende og resultatet på foretaksnivå kan ikke relateres direkte til fagområder i klinisk virksomhet.
- Kvalitet- og pasientsikkerhetsavdelingen tilbyr opplæring og deltakelse i lokale GTT team på seksjons- og avdelingsnivå.
 - Kommentar: Urologisk seksjon i kirurgisk avdeling ønsker å starte med GTT 2024.

- *Helseforetaket skal videreføre antibiotikastyringsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team, jf. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016-2020. Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn).*

Målet er delvis nådd.

Forbruket og antall definerte døgndoser per 100 liggedøgn nærmer seg nivået for 2019, og den relative andelen smalspektret antibiotika har økt.

Tiltak:

- Det skal prioriteres tid til det etablerte klinikernettverket for diskusjon med toneangivende klinikere. Det er klargjort for flere forbedringsarbeider/prosjekt for LIS-kvalitetsprosjekt, trenger å rekruttere LIS som får avsatt tid til å gjennomføre.
- Sertifisering av LIS i akuttmottak i regi av infeksjonsmedisin, mikrobiologi og smittevern har vært en suksess og planlegges utvidet til andre spesialiteter enn de indremedisinske.
- Oppfølging ved kvartalsvis rapportering i sykehusets kvalitetsutvalg.

- *Helseforetaket skal fortsette arbeidet med å styrke intensivberedskapen slik at sykehusene ved større kriser raskt kan skalere opp kapasiteten, jf. Koronakommisjonens andre rapport (NOU 2022: 5).*

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

- Nye beredskapsplaner er utarbeidet. Det arbeides med tiltak for ytterligere styrking av intensivberedskapen.
Pågående arbeid i 2 arbeidsgrupper:
 - Kompetanse – kategori 2 og 3 senger.
 - Organisering av overvåkning.
- Ansette helsefagarbeidere (HFA) ved overvåkingen.
 - Det er ansatt 6 HFA i stedet for sykepleiere.
 - Oppgavedeling og opplæringsplaner er utarbeidet for de første HFA som er ansatt i avdelingen.
 - Avdelingen har deltatt i arbeidet med å opprette en fagutdanning i intensivpleie for HFA ved Fagskolen i Østfold.
 - Evaluering per nå er at dette fungerer bra og kan jobbes videre med.
- Økt antall utdanningsstillinger (årlig opptak).
 - Antall utdanningsstillinger er økt.
 - Det er krevende både driftsmessig, men også økonomisk når antall utdanningsstillinger er økt.

- *Helseforetaket skal i samarbeid med Regionalt palliativt team for barn og unge ved Oslo universitetssykehus HF oppsummere status for etablering av barnepalliativt team og styrke teamet i tråd med tilskuddet som blir tildelt. Helseforetaket skal rapportere om status i arbeidet innen 15. august 2023.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Barnepalliativt team er etablert – ett team på barne- og ungdomsklinikken (BUK) og ett team på habilitering for barn og unge (HABU).
 - HABU og BUK deler tilskuddet på 1,8 mill. – 50-50. Helseforetaket har rapportert på status til HSØ med kopi til regionalt palliativt team (PALBU) innen fristen 15.08.23.
 - Nye rammetilskudd for 2024 fordeles også 50-50.

- *Helseforetaket skal ha særlig oppmerksomhet på sårbare barn og unge, herunder legge til rette for økt antall medisinske undersøkelser i Statens barnehus.*

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

Det er bemannet med sykepleier og lege ved Statens barnehus som avtalt, men SØ har ikke klart å levere tjeneste 2 dager per uke som avtalt på grunn av mangel på sosialpediater i en periode. Ved behov og på forespørsel har SØ tatt imot barn til undersøkelse ved eget barnemottak på Kalnes.

- *Helseforetaket skal videreutvikle og implementere verktøy for å avdekke omsorgssvikt og barnemishandling som rammer barn og unge, jf. pilotprosjektet «Barn under radaren» i Sørlandet sykehus HF. Oppdraget løses i samarbeid med Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.*

Målet er nådd.

Prosjekt *Barn under radaren* er etablert.

Tiltak:

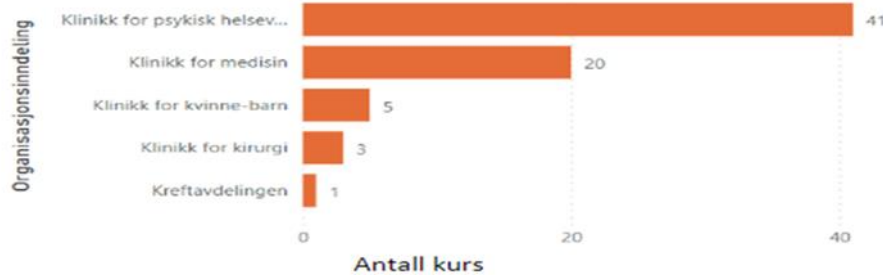
- Status fra prosjektet:
 - Det er gjennomført nullpunktsundersøkelse, dvs spørreundersøkelse til berørte medarbeidere.
 - Prosjektgruppa har gjennomført flere møter blant annet med gruppen for implementeringsteamet ved *BarnsBeste*.

- *Helseforetaket skal styrke sitt arbeid med helsekompetanse, blant annet gjennom å synliggjøre opplæringstilbudene til pasienter og pårørende på egne nettsider.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Det er for tiden ca. 30 pasient- og pårørende opplæringstilbud (PPO-tilbud) som er synliggjort på sykehusets internett. I tillegg har avdelingene opplæring som er ledd i behandlingen, f.eks. nyoppstått diabetes hos barn.
- Figuren under viser antall kartlagte kurs i de ulike avdelingene:



(de 30 PPO-tilbudene er inkl. i disse tallene).

- Kurs i helsepedagogikk har blant annet som mål å øke deltakernes kompetanse i å kunne anvende kommunikasjonsteknikker som kan bidra til økt helsekompetanse hos pasienter, brukere og pårørende. Helsekompetanse er et tema som tar mye plass i kurset og skal i tillegg bidra til å minske uønsket variasjon i sykehusets PPO-tilbud.
- Digitalt helsetorg er publisert på sykehusets internettside medio juli 2023.

- *Helseforetaket skal gjennomføre minst to kliniske fagrevisjoner etter anbefalinger fra Regional veileder for kliniske fagrevisjoner. Valg av revisjonstema baseres på analyser av egne resultater fra kvalitetsregister/helseatlas/nasjonale kvalitetsindikatorer der helseforetaket oppnår dårligere resultater enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med.*

Målet er ikke nådd.

Det planlegges klinisk fagrevisjon av fagområdet gastrokirurgi med fokus på 5 års overlevelse etter colorektalkreft. For kvinner har SØ resultat på 70,2 % som er bedre enn nasjonal målsetting på 68 %. Revisjon er ikke gjennomført pga. pågående tilsyn, men starter opp når ressursene er tilgjengelige.

Klinisk fagrevisjon planlagt med tema (førstegangs) hjerteinfarkt NSTEMI og andel pasienter som får angiografi innen anbefalt tid 72 timer 61,7 % mot landsgjennomsnittet på 70,5 %, er utsatt pga. prioritering av ressurser til tilsyn og revisjon på overlevelse etter colorektalkreft.

3.3 Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

3.3.1 Ventetid

- *Gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke sammenliknet med 2022. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken*

Målet er ikke nådd.

Gjennomsnittlig ventetid for somatikk var 73,1 dager i 2023, mot 61,3 dager i 2022.

Tiltak:

- o Etablert arbeidsgruppe bestående av stab fra fag, seksjon for pasientservice og booking, HR, økonomi og klinikk, som gjennomgår status, årsaker og tiltak på de ulike avdelingene. Benytter erfaringer fra andre helseforetak som har hatt og har tilsvarende utfordringer.
- o Samarbeid med fagavdelingen i HSØ om møte med avtalespesialister innen enkelte fagområder for at de skal prioritere de riktige pasientene.
- o Øke antall polikliniske timer og utvide åpningstid.
- o Redusere antall kontrollpasienter.
- o Prosjekt Bruker- og behovsstyrt poliklinikk.
- o Oppgavedeling i poliklinikker.

- *Gjennomsnittlig ventetid skal ikke øke sammenliknet med 2022 for psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge, og 30 dager for TSB.*

Målet er ikke nådd.

Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern voksne (VOP) var 56,3 dager i 2023, mot 55,9 dager i 2022.

Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern barn og unge (BUP) var 55,9 dager i 2023, mot 49,9 dager i 2022.

Gjennomsnittlig ventetid for TSB var 21,9 dager i 2023, mot 19,2 dager i 2022.

Når det gjelder målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 30 dager for TSB nådd, mens 40 dager for psykisk helsevern voksne og 35 dager for psykisk helsevern barn og unge ikke er nådd.

Tiltak:

- Fortsette utvikling av modell for halvdags utredning i BUP.
- Metoden «all inn», både i form av avklarende inntakssamtale og komprimert basis utredning: Noe effekt i positiv retning, men også noe effekt i negativ retning. «All inn» i form av basis utredning gir paradoksalt nok en økning i ventetid fordi denne metoden utfordrer kapasiteten og dermed gjør at frister må strekkes til det ytterste.
- Sykefraværsoppfølging TSB: Avdelingen har gjennomgående hatt høyt sykefravær over tid – et sykefravær som langt på vei forklarer avdelingens manglende måloppnåelse mtp. aktivitet og derved også økende ventetid. Vi har gjennomført tiltak i form av dedikert

lederstøtte fra IA rådgiver til sykefraværsoppfølging, seminar på hver seksjon om arbeidsmiljø i regi av BHT, nærværsprogrammet "der skoen trykker" på en seksjon.

- Fylle vakante årsverk, velge overtallsbemanning i poliklinikkene, div. rekrutteringstiltak, lederstøtte til spesifikke seksjoner, oppfølging av sykemeldte.

Til tross for mange tiltak er ventetiden stabilt for høy. Det virker å være vanskelig å nå målet, samtidig som avslagsprosenten skal være svært lav og de økonomiske rammene ikke åpner for styrking av bemanning.

3.3.2 Pasientavtaler

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

Målet er ikke nådd.

Totalt for SØ er andel passert planlagt tid 20,2 %, dvs. at sykehuset har overholdt 79,8 % av pasientavtalene. Målet er nådd innen VOP, BUP og TSB, men ikke innen somatikk.

Tiltak:

- Godt samarbeid/dialog med sekretærtjenesten/seksjon pasientservice og booking.
 - Ledige timer i «timebok» blir benyttet, pasienter får timer iht. retningslinje.
- Ved sykefravær på poliklinikk, vurderes det om øvrige behandlere har kapasitet til å gjennomføre avtalte konsultasjoner, reduserer også telefontid på konfereringstelefon.
- Endring av tavlemøtestruktur – tavlemøter hver 2. mnd.
 - Etablert andre samarbeidsmøter i noen avdelinger med stort hell. Utvikler verktøy for å kunne følge ventelister og etterslep daglig sammen med analyseavdelingen.
- Noen avdelinger gjennomfører ekstrapoliklinikk ved behov.
- Rekruttering av spesialister, koloskopierende sykepleiere, seniorpolitikk, benytte ledige timer optimalt.
- Arbeidsplaner i god tid, avklare ferie og fravær tidlig. Bidrar til redusert antall avlysninger, og pasienter får opprettholdt timeavtaler.
- Senter for laboratoriemedisin:
 - Ser på muligheter for større lokaler ved poliklinikken i Sarpsborg.
 - Timebestilling blodprøvetaking. Det er gjort en henvendelse til IKT avdelingen angående mulighet for å utvikle IMATIS køsystemet til å få funksjonalitet for timebooking for blodprøvetaking.

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

Målet er ikke nådd.

Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon er 9,7 %.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling – Tiltak og kommentarer:

Målet er nådd for BUP, hovedsakelig på telefonkonsultasjoner, men ikke for TSB og VOP.

Tiltak:

- Sørge for korrekt registrering av telefonkonsultasjoner: Det er motstand mot å registrere samtlige reelle telefonkonsultasjoner fordi det genererer egenandel for pasientene. Det jobbes med holdningsskapende arbeid på området.

Det er en bred oppfatning blant klinikerne i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling at oppmøte vurderes som mest gunstig for utredning og behandling i klinikkens fagområder. Pasientene foretrekker også oppmøte der de får velge. I perioder med økt behandlingsintensitet kan video/telefon være et nyttig supplement. Det foreligger lite forskning på effekten av å erstatte oppmøte med videokonsultasjoner, og det er ingen faglig begrunnelse for å etterstrebe målet om 15 %. Dette er trolig medvirkende til dårlig måloppnåelse på området.

Kreftavdelingen - Tiltak og kommentarer:

- Det har vært jobbet med å få endret indirekte kontakt til direkte kontakt, dette er det fortsatt fokus på.
- Det implementeres Nimble før første konsultasjon for å få til bedre kartlegging, noe som vil bidra til mer digital kommunikasjon.
- Pasientens sykehistorie har bidratt noe til frigjøring og mere optimal bruk av førstegangssamtalen. Fortsatt utfordring med presentasjonen i DIPS.

Klinikk for kirurgi - Tiltak og kommentarer:

For mange fagområder er det vanskelig med digitale konsultasjoner fordi man fysisk må se pasient.

Tiltak:

- Økt bruk av digitale konsultasjoner.
- Det pågår arbeid i flere avdelinger for igjen å vurdere muligheten, spesielt videokonsultasjoner.

Klinikk for kvinne-barn - Tiltak og kommentarer:

Det er utfordringer med juridiske problemstillinger knyttet til barn og ungdom. Andre helseforetak har samme utfordringsbilde.

Tiltak:

- Klinikken har hatt IKT-avdelingen på ledersamling for å bistå med prosesser fremover.
- Klinikken vurderer å starte opp med telefon- og videokonsultasjoner innen flere pasientforløp (tidlig hjem – barsel, oppfølging av pasienter i etterkant av abort, samt urodyn. pasienter).
- Oppgradering av IKT-utstyr slik at det blir mulig å gjennomføre flere videokonsultasjoner fremover.

Klinikk for medisin – Tiltak:

- Kontinuerlig fokus på konsultasjoner som kan gjennomføres per telefon/video. Gjennomgang av pasientgrupper som kan tilbys telefon-/videokonsultasjoner gjøres systematisk.
- Nimble digital hjemmeoppfølging er startet på peritonealdialyse-pasienter. Det jobbes også med forløp kronisk nyresvikt.
- Øker antall tilgjengelige behandlingsrom.

3.3.3 Epikriser

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

Målet er ikke nådd.

Epikrisetid somatikk 67 %.

Epikrisetid psykisk helsevern 53 %.

Tiltak:

- Rask godkjenning av epikriser.
- Epikrisetid følges opp månedlig.
- Innføring av talegjenkjenning.
 - o Skybasert versjon av «Dragon» innføres i januar/februar 2024, noe som vil bidra til at behandlere enklere kan lage taleprofil.
 - o P.t. er det en del av behandlerne som ikke bruker talegjenkjenning, men skriver selv.
- Rekruttering av spesialister – klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling: Store utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig antall spesialister er den viktigste årsaken til lav måloppnåelse. Spesialister i psykiatri og klinisk psykologi kvalitetssikrer epikriser for andre yrkesgrupper. Dette blir en flaskehals når et betydelig antall spesialiststillinger står vakante. Dette gjelder også innen enkelte fagområder i somatikken.

3.3.4 Pasientforløp

- *Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 24 kreftformene skal være minst 70 pst.*

Målet er nådd ved siste oversikt publisert av HSØ (august), men ikke per desember*.

*Datakilder er under revisjon. P.t. mottar SØ en Excel-fil fra Helsedirektoratet som sammenstilles lokalt. Ut fra dette foreligger følgende resultat, med forbehold om en viss usikkerhet knyttet til kvaliteten på dataene.

For noen av kreftformene er det få pasienter, dette kan gi store utslag på det prosentvise resultatet.

Pakkeforløp	Mottatt henvisning til start behandling OF4
Totalt	67 %
Brystkreft	61 %
Tykk- og endetarmskreft	58 %
Lungekreft	54 %
Lymfom	20 %
Prostatakreft	69 %
Blærekreft	83 %

Nyrekreft	41 %
Testikkelkreft	27 %
Peniskreft	100 %
Eggstokkreft	58 %
Livmorhalskreft	92 %
Livmorkreft	78 %
Bukspyttkjertelkreft	17 %
Galleveiskreft	50 %
Hjernekreft	82 %
Kreft i spiserør og magesekk	47 %
Malignt melanom	95 %
Myelomatose	75 %
Skjoldbruskkjertelkreft	

Når det gjelder de øvrige kreftformene (kreft hos barn, nevroendokrine svulster, primær leverkreft, hode/hals-kreft og sarkom) er behandlingen sentralisert til Oslo Universitetssykehus.

Tiltak:

- SØ følger opp resultatene i et eget Forum for pakkeforløp for å iverksette tiltak. Pga. at pakkeforløpstall fra Helsedirektoratet ikke var tilgjengelig første halvdel av 2023 har man ikke kunnet følge opp dette så tett som tidligere.
- God dialog med OUS spesielt innen patologi og strålebehandling.
- Forløpskoordinatorer følger opp pasientene og har tett dialog med aktuelt fagområde.
- Gjennomgang operasjonslogistikk.
- Flere brystkreftpasienter til SØ Moss er gjennomført og dette har frigitt ressurser til ivaretagelse av andre pasientgrupper som thyreoidea-operasjoner i SØ Kalnes.
- Ekstrapoliklinikk.
- Seksjon patologi jobber kontinuerlig med svartider på patologiprøver som en del av pakkeforløpene og det er identifisert et minimumsvolum som må produseres per dag for jevn flyt og for å unngå flaskehals, tiltaket er gjennomført og effekt oppnådd.
- Et av tiltakene i 2023 har vært å bemanne ledige overlegestillinger ved seksjon patologi, ved rapportering i desember var alle overlegestillinger besatt.
- Bildediagnostikk leverer ikke innen frist på prostatakreft og lungekreft og har igangsatt følgende tiltak:
 - o Prostatakreft: Kveldspoliklinikk i SØ Moss, noe som har gitt redusert ventetid fra gjennomsnittlig 24,2 dager fra januar-mai til 10,7 fra juni-oktober. Gjennomsnittsprosent innen frist januar-mai var 9 %, juni-oktober var 59 %. I november og desember var i snitt 69,4 % innenfor frist. Resultatet for året 2023 samlet var 37 %. Resultatutviklingen er positiv og vi gjør tiltak for å forbedre dette ytterligere.
 - o Lungekreft:
 - Effektuerer vedtaket om etablering av CT2 i Moss.
 - Diagnostisk CT må vike for CT-veiledet intervensjon.
 - Gjennomsnitt PET innen frist er 44 % (t.o.m. oktober), resultatet for PET innen frist for november og desember var hhv. 65 % og 33 % (48,5 % i

snitt). Med bare en PET-maskin som ikke kjøres alle dager vil det være begrenset handlingsrom for å oppnå høyere måloppnåelse for PET.

- o Kloke valg kampanjen.

- *Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utført en behandlingsplan, skal være minst 80 pst.*

Målet er ikke nådd.

Tiltak:

- Det er nedsatt en arbeidsgruppe for å lage rutiner for utarbeidelse av behandlingsplan og evaluering av disse, slik at dette kan utføres systematisk på en strukturert måte ved pasientforløpets evalueringspunkter. Arbeidsgruppen er noe forsinket i sitt arbeide.

- *Helseforetaket skal i løpet av 2023 ha implementert pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet gjelder alle kreftformer, også ved akutt innleggelse og for barn og unge.*

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

- Dataløsningen er på plass. Mange pasienter informerer om at kartleggingen kommer for tidlig i løpet. Mye informasjon under 1-2 oppmøte. God dialog på tvers av helseforetakene og med kommunene.
- Barn og unge inkluderes fra januar 2024.

3.3.5 Behandlingstilbud

- *Helseforetaket skal iverksette nødvendige tiltak for å etablere tilbud for pasienter med behov for implanterbar hjertestarter (ICD – implantable cardioverter defibrillator).*

Målet er nådd.

Alt ligger til rette for at dette kan utføres i hjerteavdelingen, som er klar for å ta imot første pasient så snart riktig kandidat er funnet.

- *Regjeringen skal legge fram en stortingsmelding om det prehospitale området. Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspill til meldingen. Innspill bør peke på hovedutfordringene i den akuttmedisinske kjeden og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes. Det bes i tillegg om at innspill belyser følgende:*
 - o *Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene*

- *Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)*
- *En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulansepersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Helseforetaket skal gi innspill til Helse Sør-Øst RHF innen 10. november 2023.

Målet er nådd.

SØ svarte ut dette med innspill til HSØ innen fristen.

Til første prikkpunkt ble det gitt innspill om Helsefellesskapet – Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Helsefellesskapet skal ha et hovedfokus på følgende fire grupper: pasienter med kroniske sykdommer, eldre og skrøpelige, personer med psykiske lidelser – og barn og unge med langvarige behov for helsehjelp. Videre ble det gitt innspill på områder med behov for bedre samarbeid mellom sykehuset og kommunene: Gjengangere/storforbrukere innen psykisk helsevern, eldre/kronisk syke, teknologi, legevakt og kommunehelsetjeneste, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), samt behov for økt samarbeid og dialog mellom aktørene i kjeden.

Under andre prikkpunkt ble det gitt innspill om parametre innen kvalitet og drift/aktivitet, felles triagesystem, samt at organiseringen av akuttmottak vanskeliggjør sammenligning på tvers av foretakene.

Det ble også gitt en vurdering av beredskapstid i ambulansetjenesten iht. prikkpunkt 3. I tillegg kom SØ med generelle innspill der det ble trukket frem fire viktige fokusområder.

3.4 Øvrige krav og rammer for 2023

3.4.1 Beredskap og sikkerhet

- *Med bakgrunn i det ovennevnte skal helseforetaket*
 - *delta i internasjonale innsatsteam og kapasiteter, og bidra i arbeidet med å videreutvikle disse i samarbeid med DSB og Helsedirektoratet med bakgrunn i gjennomførte evalueringer, herunder NOR EMT og helseteam.*
 - *bidra i utviklingen av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret i hele krisespekteret basert på erfaring og kunnskap fra piloten i Helse Nord RHF.*
 - *etablere nasjonalt begrenset nett (NBN) (tekst og tale).*
 - *sikre robust infrastruktur, kompetanse og bemanning i AMKene (gjelder helseforetak med AMK).*

Prikkpunkt nr. 1: Målet er nådd.

SØ har per dags dato ikke personell som deltar i internasjonale innsatsteam, herunder NOR EMT, utover personell som deltar i beredskapsteam i Forsvaret.

Personell som deltar på beredskapsteam i Forsvaret, gjennomfører dette hjemlet i Forsvarsloven §2 og §17 og Arbeidsmiljøloven §12.12.

Prikkpunkt nr. 2: Målet er ikke nådd.

Det er innhentet utfyllende opplysninger fra møte i regionalt beredskapsutvalg 07.06.23. Lokale helseforetak skal ikke ta initiativ mot Forsvaret i opptaksområdet (Heimevernet), men avvente eventuelle føringer fra arbeidet om helseberedskap i rammen av Totalforsvaret som pågår nasjonalt og regionalt. Per 22.12.23 har det ikke kommet ytterligere opplysninger eller føringer

fra HSØ og muntlige opplysninger fra beredskapsavdelingen i HSØ tilsier at dette først vil komme i 2024.

Prikkpunkt nr. 3: Målet er nådd.

Dato for montering ble noe forsinket, men løsningen er etablert og er operativ fra 04.01.24.

Prikkpunkt nr. 4: Gjelder ikke SØ.

- Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøtet 31. mars 2022 om Medevac-pasienter fra Ukraina. Helseforetaket skal videreføre innsatsen med mottak av medisinsk evakuerte pasienter fra Ukraina og sørger for behandling av disse pasientene. Regional og nasjonal koordinering videreføres i regi av Oslo universitetssykehus HF. Det legges til grunn at kostnadene vil bli dekket. Det skal føres oversikt over kostnadene.*

Målet er nådd.

SØ har i 2023 mottatt og behandlet totalt 25 pasienter gjennom MEDEVAC-ordningen. Egen oversikt over kostnader knyttet til oppholdene føres av regnskapsavdelingen.

Kreftavdelingen har fulgt opp en betydelig andel pasienter og ba på slutten av året om en pause i mottak av nye Medevac-pasienter.

Det er meget godt samarbeid med koordinerende enhet OUS.

Avdelingen har jobbet kontinuerlig med å bli bedre med kommunikasjonen og effektivere løp.

Det er store utfordringer rundt kommunikasjonen. En i avdelingens ledergruppe har det overordnede ansvaret for koordinering. Det er utfordringer med tilbakeføring. Godt samarbeid med nasjonale myndigheter.

Ortopedisk avdeling og Øre-nese-hals-avdelingen har også mottatt Medevac-pasienter.

De ortopediske pasientene har ofte svært lang liggetid, noe som er svært ressurskrevende, og de har stort antibiotikaforbruk. Pasientene har også med seg infeksjoner som ikke finnes i Norge og hvor det er meget kostbar antibiotikabehandling pga. spesielle medikamenter.

Avdelingen er forberedt og positive til mottak av flere pasienter.

I tillegg til MEDEVAC-pasienter får sykehuset flere Ukrainske pasienter fra Nasjonalt ankomstsenter Råde.

- Helseforetaket skal etablere planer for blodberedskap. Norsk koordineringssenter for blodberedskap vil bistå. Rammer for arbeidet fastsettes av de regionale helseforetakene i fellesskap.*

Målet er ikke nådd.

Det er innhentet utfyllende opplysninger fra møte i regionalt beredskapsutvalg 07.06.23. Lokale helseforetak skal avvente føringer fra arbeidet om blodberedskap som pågår nasjonalt og regionalt. SØ har bedt om en tydeliggjøring av bestillingen i form av forventet volum, type produkter og beredskapstider.

Per desember har SØ ikke mottatt ytterligere føringer vedrørende arbeidet om nasjonal blodberedskap og avventer videre oppfølging til dette foreligger.

3.4.2 Eierskapsmeldingen

- *Helseforetaket skal følge statens forventninger som fremkommer i eierskapsmeldingen.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Spesialisthelsetjenesten har utarbeidet egne klima- og miljømål som støtter opp om FNs bærekraftmål.
 - Det er utarbeidet et rammeverk for hvordan sykehuset skal arbeide med en overordnet handlingsplan.
 - Arbeid med å utarbeide langsiktige planer pågår.
- Aktsomhetsvurderinger for samfunnsansvar er gjennomført i tråd med OECDs aktsomhetsveileder.
 - Aktsomhetsvurderinger er utført i henhold til OECDs aktsomhetsveileder for perioden 01.07.22-30.06.23 og er oppdatert for å dekke hele perioden 01.01.23-31.12.23.

- *Lov om virksomheters åpenhet og arbeid med grunnleggende menneskerettigheter og anstendige arbeidsforhold trådte i kraft 1. juli 2022. Helseforetaket skal innrette sin virksomhet i tråd med åpenhetsloven.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Aktsomhetsvurderinger for perioden 01.01.23-31.12.23 er gjennomført og er grunnlag for handlingsplan og redegjørelse for samfunnsansvar.
 - Forslag til handlingsplanen er utarbeidet per 31.12.23 og kommer til godkjenning i sykehusledermøtet 06.02.24 og i styremøtet 18.03.24.
- Redegjørelse for samfunnsansvar 01.07.22-30.06.23 er utarbeidet og godkjent i styrende organer.
 - Redegjørelsen ble godkjent og offentliggjort innen 30.06.23.
 - Redegjørelsen oppdateres for å dekke perioden 01.01.23-31.12.23 og kommer til godkjenning i sykehusledermøtet 06.02.24 og i styremøtet 18.03.24.
- Prosedyre som beskriver sykehusets arbeid med samfunnsansvar utarbeides
 - Prosedyrer er utarbeidet. Disse inkluderer sykehusets arbeid iht. krav i åpenhetsloven.

3.4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet

- *Informasjonssikkerhet handler om å sikre informasjonsbehandlingen som inngår i systemer og ansattes arbeid. Helseforetaket skal ha oversikt over sine viktigste verdier og risikoer, slik at IKT-systemer og tjenester bestilles med egnet sikkerhetsnivå. Helseforetaket skal gjøre Sykehuspartner HF kjent med verdiene og relevante endringer som påvirker informasjonssikkerheten.*

Målet er nådd.

Tiltak:

- Protokoll over behandlingsaktiviteter er oppdatert.
- Protokollen inneholder kategorisering av kritikalitet for hvert system.
- Protokollen er sendt til Sykehuspartner.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Helseforetaket skal gjennomgå eget beredskapsplanverk og vurdere behovet for å iverksette ytterligere forebyggende tiltak og tiltak for å håndtere og gjenopprette funksjon etter tilsiktede eller utilsiktede hendelser mot egen infrastruktur, IKT-systemer og viktige verdier.</i> |
|--|

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

- Det ble gjennomført en risikovurdering av området sommeren 2022 (R 2022 - 023 Bortfall IKT 2022). Sårbarhet for pasientbehandling er tilstede ved bortfall av systemene PACS (bildediagnostikk) og LVMS (laboratorietjenester). Andre bortfall har robuste manuelle nødrutiner. Sårbarheter og tiltak for bortfall av LVMS (laboratoriet) og PACS (bildediagnostikk) er indentifisert. Tiltaket for PACS bortfall krever en investering i infrastruktur som avventer kostnadsberegning. Tiltak for begge sårbarheter forventes innført i løpet av 1. kvartal 2024.
- Nødrutiner for kritiske systemer er ivaretatt.
- Lokal infrastruktur er redundant.
- Det er planlagt organisatoriske endringer som berører delplan IKT og telefoni i beredskapsplanen. Beredskapsplanen oppdateres i tråd med endringene.
- Nødløsninger for sentraliserte systemer har svært begrenset funksjonalitet og lokale tiltak har begrenset effekt. Det foreslås at beredskapsløsninger i større grad ivretas ved utforming av tjenesten.

Innen FM-tjenestene er målet nådd.

Følgende tiltak er gjort:

- Oppdatering av ROS-analyse i regi av HSØ er utført. Det er ikke noen områder som er definert som uakseptable risiko for SØ. Dette er presentert i beredskapsrådet.
- Risikovurdering mht. lengre tids avbrudd på teknisk infrastruktur er utført.
- Nye retningslinjer for skjerming/ avsperring av sykehus er utført iht. nye krav.

3.4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Det vises til Dokument 3:4 (2022–2023) Undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel. Helseforetaket skal følge opp Riksrevisjonens undersøkelse om helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel.</i> |
|---|

Målet er nådd.

Tiltak:

- Løpende oppfølging, bemanningsmonitorering og kompetanseutvikling i BASIS-tilbud for innsatte for seksuelle overgrep.
- Samarbeidsmøter: Fengselspsykiatrisk team med Halden fengsel og Halden kommune vedrørende helhetlig tjeneste tilbud for pasienter.
- Samarbeidsmøte med Ravneberget fengsel for å oppdatere og revidere samarbeidsavtalen mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjenesten og Ravneberget fengsel gjennomført april 2023, oppfølgende møte innkalles av fengselsledelsen.

3.4.5 Bygg og eiendom

- *Helseforetaket skal i 2023 ta i bruk en kostnadsdekkende intern husleieordning, etter retningslinjene fra RHF-styresak 055-2022 Innføring av internhusleie i Helse Sør-Øst og presiseringene i innføringsprosjektet for internhusleie fra 2022.*

Målet er nådd.

Planlagt modell for internhusleie er tatt i bruk uten behov for justeringer, og blir løpende oppdatert for arealendringer.

3.4.6 Kontaktpersoner for forebygging av voldsrisiko

- *Helseforetaket skal oppnevne kontaktpersoner for PST og politiet som kan bidra til å fremme nødvendig informasjonsutveksling om voldsrisiko, basert på gjeldende regler for taushetsplikt og plikt til å bidra til samfunnsvern.*

Målet er nådd.

Klinikkjef for psykisk helsevern og rusbehandling er SØs kontaktperson.

3.4.7 Pasientreiseområdet

- *Gevinstrealisering innen pasientreiseområdet*
Pasientreiser HF skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering internt i foretaket og i de fire helseregionene. Denne dokumentasjonen skal innarbeides i årlig sak om kostnadsutvikling på pasientreiseområdet.
Helseforetaket skal rapportere tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, basert på aktiviteten utført ved helseforetakets pasientreisekontor, om helseforetakets faktiske gevinstuttak (definerte KPI-er fra tiltakene).

Målet er nådd.

Pasientreiser i Sykehuset Østfold har bidratt med tall og kommentarer til Pasientreiser HF som forespurt.

- *Effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon*
Helseforetaket skal i samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon, herunder: implementere nasjonale serviceparametere, pilotere ny rekvisisjonspraksis, følge opp læringspunkter fra evalueringsrapport etter prosjektet planleggings- og optimaliseringsløsning samt delta i kartlegging av arbeidsprosesser innenfor reiser med rekvisisjon.

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

- Nasjonale serviceparametere.
 - o SØ har implementert serviceparametere og Pasientreiser HF sender hver måned oversikt over hvordan SØ scorer på de ulike parameterne.
 - o Serviceerklæring (informasjon om hva man kan forvente seg i møte med Pasientreiser) er nå publisert på Pasientreiser.no, det er også en link til serviceerklæringen fra helsenorge.no).
- Pilotere ny rekvisisjonspraksis.
 - o Dato for start av pilot er 19.02.24. Piloten skal gjennomføres i 2 faser og det er OUS og Vestfold/Telemark som er pilotkontorer for HSØ i fase 1. SØ blir involvert i fase 2, planlagt oppstart er Q2-24. Mål om at ny rekvisisjonspraksis skal benyttes fullt og helt fra 2025.
 - o Risikofaktorer som kontorene i HSØ har reist:
 - Økt pågang på 05515 kan gi ressursutfordringer.
 - Økt antall rekvisisjoner og dermed økte kostnader som følge av at pasient kan få attest på behov for rekvirerte reiser inntil 1 år fram i tid.
 - Ikke gode nok kontrollmuligheter, kan bli mer manuelt arbeid og dermed økt behov for ressurser.
 - Gjennom pilotperiode vil man følge risikoene tett og forhåpentligvis komme med tiltak for å redusere ressursbruk/kostnader.
- Kartlegging av arbeidsprosesser innenfor RmR (reiser med rekvisisjon).
 - o SØ er ikke involvert per nå. SINTEF har innhentet mye data og informasjon og har i oppdrag å analysere behovet for systemstøtte innenfor pasientreiseområdet. Analysen skal ligge til grunn for en eventuell nyanskaffelse av planleggingssystem for pasientreiser.
- Følge opp læringspunkter fra evalueringsrapport Trapeze.
 - o Arbeidet er avsluttet.

3.4.8 Bierverv

- *Sykehuset Østfold HF skal påse at aktuelle retningslinjer, meldeplikt, lovgivning og gjeldende avtaler innen området bierverv er godt kjent og etterleves av alt personell i helseforetaket.*

Målet er delvis nådd.

Sykehuset Østfold opplever at det er dårlig systemstøtte for å ivareta dette kravet. Det burde for eksempel komme et varsel om å fylle ut disse opplysningene.

Tiltakene som har vært iverksatt er:

- Regelmessige påminnelser om gjeldende retningslinjer. Dette er lagt inn som tema i malen for medarbeidersamtaler. Det er også tatt med i arbeidsavtalen.
- Bierverv tas opp som tema med klinikkene i oppfølgingsmøtene. Tydeliggjøre viktigheten av at klinikkene har oversikt over bierverv.

3.5 Tildeling av midler og krav til aktivitet

3.5.1 Økonomiske krav og rammer

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Sykehuset Østfold HF skal i 2023 basere sin virksomhet på de tildelte midler.</i> |
|--|

Målet er ikke nådd.

Sykehuset Østfold har et negativt avvik på 166,5 mill. kroner i 2023 målt mot budsjett, dvs. et regnskapsmessig underskudd på 206,5 mill. kroner. Beløpsmessig er avviket størst for bemanningskostnader og innleie av spesialister. Merforbruket til bemanning skyldes bl.a. høyere sykefravær og lønnsoppgjør enn budsjettet. Det høye sykefraværet har resultert i høye overtidskostnader da muligheten for innleie til ordinær timelønn er begrenset. Innen psykisk helsevern har det gjennom hele 2023 vært utfordringer med rekruttering til psykiatere og psykologspesialister. Dette har medført høye kostnader til ekstern innleie.

Kostnadsveksten for medikamenter, medisinske forbruksmaterialer og prøvetakingsutstyr har i 2023 vært høyere, både i volum og i pris, enn forutsatt i budsjett. I første halvår av 2023 var det i tillegg en prosentvis stor vekst i kostnadsnivået til pasienter innen fritt behandlingsvalg. Aktivitetsbaserte inntekter er lavere enn budsjettet i 2023, når det justeres for ikke-budsjettet prisjustering i løpet av året. Aktiviteten har vært lavere enn plan for alle omsorgsnivåer (døgn, dag og poliklinikk) innen alle hovedområder. Avvik mot plan er størst for poliklinisk aktivitet, innen både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling.

Det har gjennom hele året vært jobbet med kostnadsreducerende tiltak, både på kort og lang sikt. Av kortsiktige tiltak ble det i mars 2023 besluttet nye tiltak tilsvarende en årseffekt på 28,7 mill. kroner. Av tiltak som forventes å ha effekt på lengre sikt nevnes noen:

- Hybrid ressursstyring (se punkt 3.2.1)
- Egen tiltakspakke for å redusere ekstern innleie (se punkt 3.2.1)
- Oppgavedeling (se punkt 3.2.1)
- Redusere kjøp fra private

Innføring av talejenkjenning og modernisering og forbedring av hofteskolen er prosjekter som i 2023 har bidratt til å gi resultatforbedring.

Sykehuset har i tillegg tett oppfølging av byttegrader på dyre medikamenter gjennom sykehusets høykostgruppe.

Tiltak for å redusere sykefraværet:

- Følger opp bransjeprogrammene («Der skoen trykker», «Tidlig og tett på» og «Råbra») i utvalgte seksjoner etter gitte kriterier

- Etablert forpliktende samarbeid med NAV-arbeidslivssenter, der NAV avgir dedikerte ressurser.
- Etablert et program for systematisk oppfølging av medarbeidere med særlig høyt fravær.
- Sykefraværsutviklingen følges opp i arbeidsmiljøutvalget og sykehusledermøtet.
- Sykefravær og arbeidsmiljø tematiseres på ledersamlinger og ledermøter.
- Følger opp resultater fra prosjekt «rekruttere og beholde sykepleierkompetanse på døgnområder» (medisin).
- Systematisk sykefraværsoppfølging i tråd med egne prosedyrer og veiledninger, basert på de krav NAV stiller.
- Involverer bedriftshelsetjenesten ved utfordringer i det psykososiale arbeidsmiljøet.
- Systematisk oppfølging av ForBedring og vernerunder. Dessuten tilbud om medarbeidersamtaler til alle.
- Alle ledere har tilgjengelig god fagkompetanse i sykefraværsoppfølging, gjennom rådgivere i HR.

Årsakssammenhengene knyttet til sykefravær er sammensatte og det er tidvis vanskelig å identifisere hvordan de respektive tiltakene påvirker sykefraværet. Det er derfor ikke mulig å anslå reduksjon av sykefravær, og følgelig økonomisk konsekvens av de ulike tiltakene, med tilstrekkelig grad av sikkerhet.

Privat rehabilitering:

Det er i 2023 etablert en koordinatorfunksjon for rehabilitering. Dette har medført at flere pasienter får rehabiliteringstilbud i bostedskommunen istedenfor i privat regi. I dag gjelder denne ordningen kun pasienter som henvises fra SØ. Historisk sett har forbruket av rehabiliteringstjenester i privat regi vært høyere enn hva behovskomponenten tilsier.

- *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 2023 har bl.a. høye bemanningskostnader som følge av høyt sykefravær, vakante stillinger og høy turnover har medført at resultatkravet ikke nås. På tross av en krevende bemanningssituasjon er det i løpet av året gjennomført tiltak som kommer pasientene til gode bl.a.:

- Etablert flere senger innen sykehuspsykiatri for voksne på Kalnes
- Helårseffekt av nytt somatisk sengetun

- *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 behov for å gjennomføre kostnadstilpasninger både på kort og lang sikt. Tiltaksplaner for lang sikt må konkretiseres ytterligere gjennom arbeidet med ØLP 2025-2028 og budsjett for 2025 for å sikre en bærekraftig utvikling over tid. Planlagte tiltak i 2024 må følges opp og nye tiltak må igangsettes dersom budsjettbalanse ikke oppnås gjennom året.

- **Resultatkrav**

- *Årsresultat 2023 for Sykehuset Østfold HF skal minst være på -40 millioner kroner.*

Målet er ikke nådd.

Sykehuset Østfold har et resultat som er 166,5 mill. kroner dårligere enn budsjett for 2023.

- **Likviditet og investeringer**

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

Målet er ikke nådd.

Det er behov for å øke tilgjengelig driftskredittramme for å gjennomføre nødvendige investeringer i 2024.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2023 skal ikke benyttes til investeringer i 2023 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Målet er nådd.

Sykehuset har ikke budsjettert med overskudd i 2023.

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

Målet er nådd.

Det har ikke vært noen pågående investeringsprosjekter i Sykehuset Østfold i 2023.

- *Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.*

Målet er nådd.

Ikke aktuelt i 2023.

3.5.2 Aktivitetskrav

- Sykehuset Østfold HF skal i 2023 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 ikke nådd.

Aktiviteten har vært lavere enn planlagt innen alle hovedområder og for alle omsorgsnivåer (døgn, dag og poliklinikk). Prosentvis avvik er størst innen poliklinisk aktivitet og skyldes hovedsakelig ubesatte stillinger og behov for omdisponering av personell ved fravær. Sammenlignet mot 2022 er det vekst på de fleste områder, unntatt for TSB.

4. Andre rapporteringer

4.1 Oppfølging av andre oppdrag

Fra Oppdrag og bestilling 2022:

- ◇ 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.
- ◇ 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 nådd.

Tiltak:

- Den ambulante behandlingsoppfølgingen av ungdom med spiseforstyrrelser er styrket med to årsverk til ambulant virksomhet ved Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk. Styrkingen er av nyere dato og en forventer å se effekt av dette tiltaket i 2024.
- I klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling er det i 2023 etablert en ny psykosepost på sykehusnivå for personer med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse. Vi ser at dette medfører mindre overbelegg på de øvrige psykosepostene, noe som styrker pasientsikkerheten og kvaliteten på behandlingen.

- ◇ *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 nådd.

Tiltak:

- **Vurderingssamtaler BUP:**
Det er etablert rutine for vurderingssamtaler ved samtlige poliklinikker i BUP, men i varierende omfang. Det jobbes med å få tilbudet integrert i drift ved alle lokale poliklinikker i BUP. Det er særlige utfordringer ved to poliklinikker med få spesialister. Der hvor tiltaket er etablert ser vi at antall avslag er redusert. Grunnet en fortsatt økende henvisningsmengde dette året, er ventetiden fortsatt økende.
- **Vurderingssamtaler DPS poliklinikker:**
Det er etablert vurderingsteam både i Halden poliklinikk og Sarpsborg poliklinikk. De organiseres noe ulikt. Ved Halden er det spesialist som gjennomfører alle vurderingssamtaler og i Sarpsborg poliklinikk gjennomføres det av alle behandlere, men de konfererer med spesialist før vurdering av videre tiltak. Dette gjøres typisk i fagteam. Pasienter fordeles deretter til passende behandler avhengig av kompetansebehov og evt. behov for diagnostisk utredning i det videre forløpet.
DPS Fredrikstad allmennpoliklinikk er organisert i basisteam (tverrfaglig inkl. spesialist) og spesialiserte fagteam. Vurderingssamtaler gjennomføres i basisteam inkl. drøfting og beslutning.
- Etter innføring av felles henvisningsmottak har antall henvisninger økt betydelig. Både kvalitet på henvisning og generell kapasitet forutsetter en kritisk gjennomgang av henvisninger før beslutning om vurderingssamtale. Det er et mål å bistå fastleger i å øke kvalitet på henvisninger. Med over 80 fastleger er dette et ressurskrevende tiltak. Dette vil adresseres i 2024 sammen med fokus på samarbeid mellom fastleger og nylig omstilt akutteam.

- ◇ *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.

Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling	
PHV (D11 og D06)	
2021	49,5
2022	50,0
2023	48,4
PHVBU (D12 og D08)	
2021	59,1
2022	66,9
2023	47,5
TSB	
2021	47,6
2022	47,3
2023	42,6

(Tallene er ikke for hele 2023).

Det er en erfaring at registrering og koding av pasientforløp i DIPS Classic er sårbar for feil – blant annet i forhold til kronologi. Avdelingen har fått tilbakemelding om at små feil gjør at pasientforløpet “lukkes ut” i den samlede oversikten. Reelle antall evalueringer innen frist kan derfor være høyere.

Tiltak:

- Det er nedsatt en arbeidsgruppe for å lage rutine for utarbeidelse av behandlingsplan og evaluering av disse, slik at dette kan utføres systematisk på en strukturert måte ved pasientforløpets evalueringspunkter. Arbeidsgruppen er noe forsinket i sitt arbeide.
- Utvikling i registrering av evaluering skal følges opp i ledermøtet i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.
- Opplæring i koding følges opp i den enkelte seksjon.

- ◇ *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.*

I Årlig melding 2022 svarte SØ: «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.»

Status 2023:

I kreftavdelingen er målet delvis nådd.

Kapasiteten er fortsatt begrenset. Det arbeides med strukturer med å øke kunnskapen rundt tolkning av laboratoriesvarene.

Tiltak:

- Økende kunnskap.
- Som flere sykehus er SØ inkludert i Impred og Impress som har gjort at noen av pasientene har fått persontilpasset medisin (innenfor studie), hvor behandlingen ikke er standard.
- SØ deltar i nettverk lokalt, regionalt og nasjonalt.

I Senter for laboratoriemedisin er målet nådd.

Tiltak:

- NGS⁴-diagnostikk er ferdig implementert. Videreutvikling av persontilpasset medisin skjer i samarbeid med arbeidsgrupper i fagmiljøet i HSØ. I tillegg kartlegger SØ sendeprøver innen persontilpasset medisin for å etablere analysene selv.

- ◇ *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 svarte følgende i Årlig melding 2022: «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 transport-planlegging.

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

Status 2023 er uendret. Det ble gjort en ny test tidligere i høst, men CTRL klarer ikke å håndtere retur til garasje på korrekt måte.

- ◇ *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 nådd.

Tiltak:

- Det er utpekt person i Teknologi og e-helse som følger opp milepælsplan i samarbeid med prosjektet.
- SØ følger det regionale prosjektet for modernisering av folkeregister.
- Sluttrapport godkjent.
- SØ følger opp lokale behov videre.

⁴ NGS-diagnostikk: Next Generation Sequencing – ved bruk av genpanel avdekkes genforandringer i mange gener på én gang i vev fra pasientens kreftsvulst.

Fra Oppdrag og bestilling 2021:

- ◇ *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. *Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen*
2. *Vellykket gjenopplivning etter hjertestans*
3. *Postoperative infeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære*
4. *Dype og organ-/hulromsinfeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære*
5. *Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid*

1. *Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen*

Målet er nådd.

Tiltak:

Høyt fokus på akutt slagbehandling. Avdelingen ligger på 20,1 % per november.
Kompetanse bidrar til økt pasientsikkerhet.

2. *Vellykket gjenopplivning etter hjertestans*

Endelig resultat for 2023 foreligger ikke.

3. *Postoperative infeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære (2022-tall):*

Resultat:

- a. Hemiprotese – ligger likt med lands- og regions gjennomsnittet på 2,2 %. Liten økning fra 2021.
- b. Totalprotese – samme resultat som i fjor. 0,4 %, likt med regionen.
- c. Fjerning galleblære – meget positiv utvikling. SØ 2,8 % og forbedring fra 4,8 % i fjor. Nasjonalt resultat 2,8 %, regionalt 2,5 %.

4. *Dype og organ-/hulroms infeksjoner etter innsetting av hemiprotese og totalprotese og fjerning av galleblære*

Resultat:

- a. Hemiprotese – samme resultat som i fjor. 1,6 %, likt med regionen.
- b. Totalprotese – positiv utvikling. SØ hadde 0,2 % og redusert fra i fjor, landsgjennomsnittet var 0,8 %.
- c. Fjerning galleblære – positiv utvikling fra 1,7 % til 1,2 %, men fortsatt over nasjonalt 1,1% og regionalt 1,0% resultat.

5. *Gjennomføring av diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid (psykisk helsevern)*

Målet er ikke nådd.

Gjennomføring av pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	
PHV (D11 og D06)	
2021	69,9
2022	66,9
2023 pr.oktober	64,8
PHVBU (D12 og D08)	
2021	48,8
2022	48,7
2023 pr.oktober	44,7
TSB	
2021	81,5
2022	80,0
2023 pr.oktober	68,9

Tiltak:

- Nedsatt arbeidsgruppe for å lage rutine for utarbeidelse av behandlingsplan og evaluering av disse, slik at dette kan utføres systematisk på en strukturert måte ved pasientforløpets evalueringspunkter. Arbeidsgruppen er noe forsinket i sitt arbeide.
- Fortsatt fokus på lederoppfølging til den enkelte på dette området.
- En arbeidsgruppe i BUP ferdigstiller i disse dager utkast til intern struktur av forløp for utredning av ADHD. Forløpet inneholder prioriterte tester og observasjoner før klinisk beslutning i henhold til frister som følger av nasjonalt pasientforløp. Checkware er i implementeringsfasen i lokale poliklinikker i BUP. Dette legges blant annet til rette for at pasienter og foresatte får tilsendt kartleggingsverktøy på forhånd som forberedelse til oppstart i lokal poliklinikk.

- ◇ *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.*

SØ svarte også i 2022 at "målet ikke er nådd. SØ har ikke dette tilbudet, foreløpig er dette kun på Oslo universitetssykehus (OUS)".

Status per 2023 er at SØ ikke har dette tilbudet.

- ◇ *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.

Tiltak:

- Styrking av fagkonsulenter i seksjon voksenhabilitering (HAVO) er gjennomført. Arbeid med utarbeidelse av læringsmål for nyansatte er i gang i HAVO.
- Seksjon Habilitering deltar i samarbeidsmøter med ulike kommuner i opptaksområdet. Det er imidlertid utfordrende å få på plass en felles struktur for samarbeid på tvers av de ulike kommunene. Seksjon barnehabilitering er derfor med i underutvalg UBUP som er et fast utvalg som skal jobbe fram tiltak for å styrke samarbeidsstrukturer på vegne av barn og unge med psykisk helse- og habiliteringsutfordringer.

Fra Oppdrag og bestilling 2020:

- ◇ *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 om tilrettelegging er nådd, men målsetning om 75 % vaksinasjonsdekning er ikke nådd.

Det er lagt til rette for at alt personell hvert år får tilbud om sesonginfluensavaksine. Til tross for god kommunikasjon/informasjon, oppsøkende virksomhet på seksjonsnivå, oppfølging av vaksinatører, tilbud på mange lokalisasjoner er ikke målet om 75 % vaksinasjonsdekning nådd, resultatet viser 63,4 %.

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

Målet er ikke nådd.

I klinikk for medisin mangler flere avdelinger spesialister – og dermed poliklinikktimer.

Pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning på infeksjonsavdelingen, avdeling for fysikalskmedisin og revmatologisk avdeling.

Tiltak:

- Rekruttering av legespesialister øker tilgjengelige timer i langtidsplaner.
 - Jevnlig utlysning av ledige overlegestillinger
- Oppfølging/opplæring av sekretærtjenesten (effekt: fylle timebøker)

I klinikk for kirurgi er resultatet per november 78 %. Det har vært en negativ utvikling gjennom hele året. Timebøker er rullet ut (6 mnd.), men det er for lite ressurser tilgjengelig. Mange timer må også avsettes til pakkeforløp og hastepasienter.

Kreftavdelingen har normalt en høy andel direktebooking, ligger jevnt rundt 90 %.

I klinikk for kvinne-barn er også andel direktebookinger synkende. Legenes arbeidsplaner har ikke vært rullet ut langt nok frem i tid, slik at det har vært færre timer å booke på (kapasitet), 2 til 3 ukers bookinghorisont. Også her er årsaken knyttet til ledige stillinger og dermed stadig

endringer i arbeidsplaner (antall leger tilstede). Klinikken har ikke hatt nok leger til elektiv poliklinikk da de har måttet prioriterer vakt, ø-hjelp og postarbeid.

Tiltak:

- Samarbeidsmøter og tett dialog med seksjon pasientservice og booking.
- Det gis time direkte i timebok uten spesifikt legenavn.
- Ny arbeidsplan fra november for å bedre booking- og planleggingshorisont.
- Sykepleiedrevet FU poliklinikk (forundersøkelse) på kvinneklinikken.
- Sykepleiedrevet poliklinikk i barne- og ungdomsklinikken videreutvikles.
- Ta i bruk digitale konsultasjonsark.

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

Målet er ikke nådd.

Det vil alltid være en viss fluktasjon i andel pasienter med hjemmedialyse og vi ser en tydelig trend mot måltallet.

Tiltak:

- Det er forankret i legegruppen at førstevalg er peritonealdialyse (PD).
- Det er utarbeidet nyreforløp for kronisk nyresvikt for å optimalisere behandlingen.
- Det utarbeides nyreforløp for PD-sykepleiere for økt fokus på PD-behandling til pasientene ved sykepleiekonsultasjoner.
- Det er innhentet informasjon fra andre sykehus. Seksjonsledere og avdelingssjef ved nyremedisinsk avdeling - hospitering i Vestfold, hvor de har nesten 50 % hjemmedialyse. Avdelingen planlegger også en studietur til Finland, hvor de er gode på hjemmedialyse.
- Det planlegges selvdialyserom i SØ - for opplæring til pasienter som kan få denne behandlingen hjemme. Avventer svar på søknad til byggrelaterte investeringer i 2024.

4.2 Andre forhold ved driften

Etter pandemien har SØ hatt utfordringer med etterslep, økte ventetider og fristbrudd. Vi opplever at det innen flere fagområder er vanskeligere å rekruttere både Leger i spesialisering og spesialister, særlig innen psykisk helsevern. Sykefravær hos medarbeidere har også økt i 2023.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

Det vises til *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2022-2037* vedtatt av styret i SØ 25.04.22 og *Økonomisk langtidsplan (ØLP) Sykehuset Østfold HF 2024-2027* vedtatt av styret i SØ 24.04.23 og revidert i styremøtet 21.08.23.

6. Strategier og planer

Det vises til *Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold HF 2023-2026* vedtatt av styret i SØ 24.04.23 og *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2022-2037* (jf. ovenfor).