

**ALLE GULE TEKSTBOKSER OG ALL ØVRIG TEKST MERKET MED GUL FARGE ER MERKNADER TIL SAKSBEHANDLINGEN OG SKAL FJERNES FRA DET FERDIGE DOKUMENTET**

Dette er en felles mal for årlig melding fra alle helseforetak og private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst. Malen er et virkemiddel for å harmonisere de årlige meldingene og dermed heve den gjennomgående kvaliteten og lesbarheten for disse.

Hovedvekten i årlig melding skal legges på verbal fremstilling av måloppnåelse og planer for å bedre denne der den ikke er god nok.

- FRIST FOR INNSENDING AV RAPPORTERING DEL II SOM GRUNNLAG FOR ÅRLIG MELDING FRA HELSE SØR-ØST RHF ER **20. JANUAR 2021**.
- FRIST FOR INNSENDING AV STYREBEHANDLET ÅRLIG MELDING 2020 TIL HELSE SØR-ØST RHF ER **1. MARS 2021**.

## **SYKEHUSET ØSTFOLD HF**

### **ÅRLIG MELDING 2020**

til Helse Sør-Øst RHF

**[Sted] [dato]**

Utkast - til Styremøte 23.01.2021

## Innhold

---

<b>DEL I: INNLEDNING OG VURDERING.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Oppgaver og organisering	4
1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	5
1.3 Mål for virksomheten	6
1.4 Virksomhetsstyring - styrets arbeid, herunder intern styring og kontroll	7
1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte	11
<b>2. Vurdering av virksomheten.....</b>	<b>13</b>
2.1 Positive resultater og uløste utfordringer	13
2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering	20
<b>DEL II: RAPPORTERINGER.....</b>	<b>22</b>
<b>3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020 .....</b>	<b>22</b>
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	22
3.1.1 Ventetid og fristbrudd	22
3.1.2 Pasientavtaler	23
3.1.3 Kreftbehandling	25
3.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	27
3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	27
3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB	28
3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB	29
3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB	30
3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern	31
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	32
3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet	32
3.3.2 Pasientsikkerhet	32
3.3.3 Legemidler	32
3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika	32
3.3.5 Korridorpasienter	33
3.3.6 Tjenestetilbud til fødende	33
3.3.7 Diagnosespesifikke behandlingstilbud	34
3.3.8 Helse- og arbeidsrettede tiltak	35
3.3.9 Pasienttransport	35
3.3.10 Samarbeid med fastleger og kommuner	35
3.3.11 Epikriser somatikk	36
3.3.12 Beredskap og sikkerhet	36
3.3.13 Kompetansekartlegging og -utvikling	37
3.3.14 Lærlinger	37
3.3.15 Regjeringens inkluderingsdugnad	38
3.3.16 IKT-utvikling og digitalisering	38
3.3.17 Bygg og eiendom	40
3.3.18 Samfunnsansvar	40
3.3.19 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser	41
3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet	41
3.4.1 Økonomiske krav og rammer	41
3.4.2 Aktivitetskrav	42
3.4.3 Håndtering av Covid-19	42
3.5 Andre rapporteringer	46
3.5.1 Oppfølging av andre oppdrag	46
3.5.2 Andre forhold ved driften	46

<b>DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT .....</b>	<b>47</b>
4. Utviklingstrender og rammebetingelser.....	47
5. Strategier og planer .....	47
<b>DEL IV: VEDLEGG .....</b>	<b>48</b>
Vedlegg 1: .....	48

Utkast - til Styremøte 23.02.21

# DEL I: INNLEDNING OG VURDERING

## 1. Innledning

### 1.1 Oppgaver og organisering

Kjerneoppgaver og særfunksjoner, eventuelle funksjonsfordelinger med andre virksomheter. Omfang i form av antall ansatte og geografisk opptaksområde, underliggende enheter, organisasjonskart m.v.

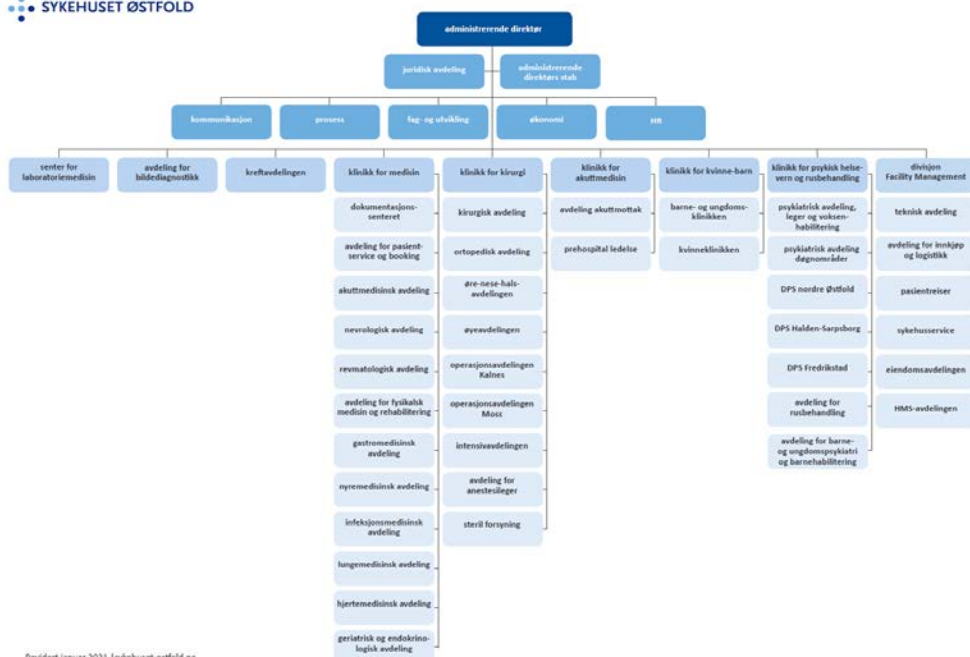
Sykehuset Østfold (SØ) er et områdesykehus og opptaksområdet består av følgende kommuner: Aremark, Fredrikstad, Halden, Hvaler, Indre Østfold, Marker, Moss, Rakkestad, Råde, Sarpsborg, Skiptvet, Vestby og Våler. Beregnet folkekemengde er per 3. kvartal 2020 318 650, en økning med 1 % fra 2019.

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, operasjon, intensiv- og smertebehandling
- bildediagnostikk – diagnostisk radiologi, intervensjonsradiologi og nukleærmedisin
- laboratoriefag – patologi, mikrobiologi, medisinsk biokjemi og transfusjonsmedisin

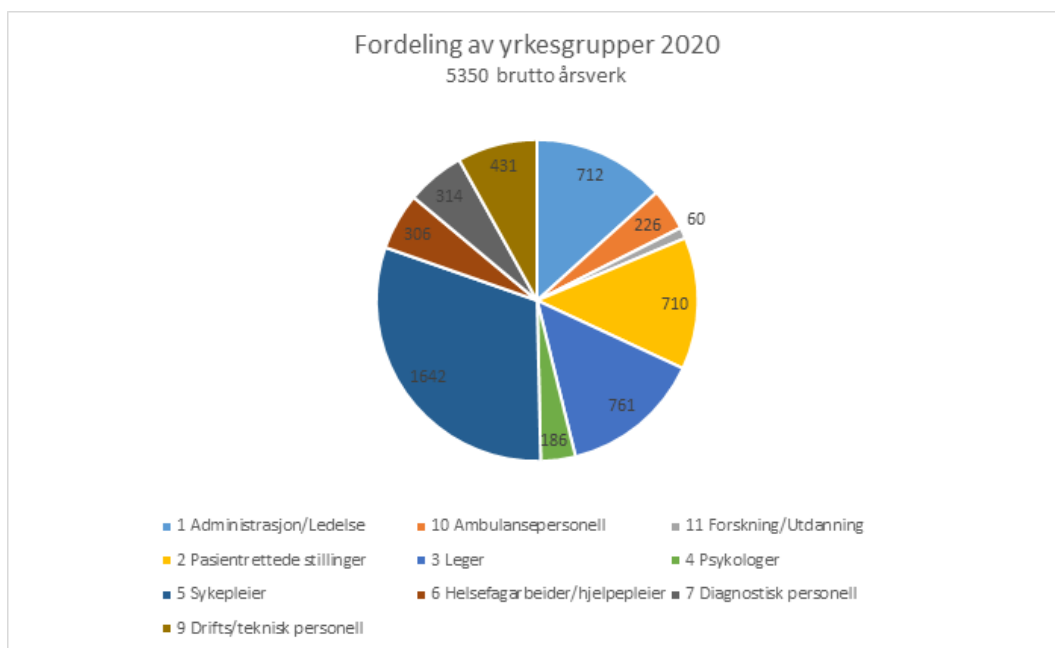
SØ har flerområdefunksjon innen plastikkirurgi.

SYKEHUSET ØSTFOLD



Revidert januar 2021 | sykehuset-ostfold.no

Per 31.12.2020 hadde SØ 4 852,35 årsverk (fast månedslønn) fordelt på 5 730 personer. Andelen kvinner var ca. 77 %, det samme som forrige år. Gjennomsnittlig årsverksforbruk i 2020 var 5 350 mot 5 156 i 2019, det vil si 194 flere enn året før.



## 1.2 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Strategisk grunnlag og synliggjøring av kobling til overordnede strategier, lovverk mv.

### Visjon

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

### Verdier med leveregler

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

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

Sykehuset Østfolds fem leveregler er:

- Vi omgås pasienter og hverandre med høflighet og respekt
- Vi skaper resultater gjennom samhandling, åpne prosesser og god involvering
- Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger
- Vi ser muligheter, ikke begrensninger
- Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte

### 1.3 Mål for virksomheten

Helseforetakets egne mål for virksomheten i løpet av året.

#### Overordnede mål

Styret for Sykehuset Østfold (SØ) har tidligere vedtatt strategi og overordnede mål for SØ 2016-2020. Disse ble videreført i *Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold 2021–2024*, vedtatt av styret 26.05.20:

#### Overordnede mål for SØ

1. Pasientene skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester.
2. Kvalitet, pasientsikkerhet og service skal gjenspeiles i alt vi gjør.
3. Pasientene skal i møte med sykehusets medarbeidere oppleve empati, profesjonalitet, god kommunikasjon og rett kompetanse.
4. Pasientene skal oppleve at SØ har god samhandling med alle deler av helsetjenesten.
5. SØ skal utnytte moderne teknologi og nytt sykehus for å bli ledende innenfor definerte områder innen forskning og tjenesteinnovasjon.
6. SØ skal skape et økonomisk handlingsrom som sikrer utvikling og investeringer.

Målene inngår i Utviklingsplan for SØ som ble vedtatt av styret 14.05.18.

#### Mål for Sykehuset Østfold i 2020

##### Mål for 2020

Budsjett 2020 er innrettet mot å ivareta forventede krav og mål i *Oppdrag og bestilling for 2020* fra Helse Sør-Øst (HSØ) som vil være:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- IKT
- Samhandling, ressursutnyttelse og samordning

I tillegg skal budsjettet understøtte måloppnåelse for prioriterte områder i SØs virksomhetsstrategi. I budsjettforslag for 2020 er det lagt til rette for økt satsning innen følgende områder:

- Etablering av injeksjonsklinikk
- Økt åpningstid MR og CT
- Pasientkoordinator 24/7 i akuttmottaket og økt kapasitet i helger
- Økt behandlerkapasitet innen barne- og ungdomspsykiatri (BUP), voksenpsykiatri (VOP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Videreføre høy aktivitet i innovasjonsprosjekter
- Økning i antall utdanningsstillinger

## **Budsjettet for 2020**

Styret vedtok følgende i sak 76-19 Budsjett for Sykehuset Østfold, 16.12.19:

*Styrets enstemmige vedtak:*

1. Styret legger til grunn at budsjettet er i tråd med nasjonale føringer, overordnede prioriteringer fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfolds egne målsettinger og prioriteringer.
2. Styret vedtar budsjett, fordeling av budsjetttrammer per klinikk/avdeling slik det fremgår av saken og investeringsbudsjett 2020 for Sykehuset Østfold, med styringsmål om et økonomisk resultat på -77 mill. kroner.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle budsjettkorrigeringer gjennom året, blant annet som følge av endrede DRG-indeks, nye bevilgninger eller føringer/styrevedtak fra Helse Sør-Øst RHF.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå leasingavtaler i forbindelse med anskaffelse av nye ambulanser.

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

**Arbeid med virksomhetsstyring, intern styring og kontroll, samt status vedr. pålegg etter tilsyn, utarbeidede handlingsplaner mv.**

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

Hensikten med mål- og resultatstyring er å øke effektiviteten og utnytte ressursene enda bedre, bl.a. ved at underliggende nivå har frihet til selv å bestemme hvilke virkemidler som skal brukes for å nå målene. Styring og kontroll skal i mindre grad skje gjennom detaljerte instruksjoner om aktiviteter og enkeltoppgaver og bruk av ressurser. Fokus skal være på måloppnåelse. Målene fremkommer i Oppdrag og bestilling, økonomisk langtidspan, Søs virksomhetsstrategi, handlingsplaner og delstrategier, samt 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 i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft i 2017 og tydeliggjør kravene til planlegging, gjennomføring, evaluering og forbedring av virksomheten. Forskriften er implementert i styringssystemet som et rammeverk rundt virksomhetens mål, prosesser og metoder. Styringssystemet består av aktiviteter, systemer og prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den samsvarer med krav fastsatt i, eller i medhold av, helse- og omsorgslovgivningen. Strukturene inngår som aktiviteter i den daglige driften. Disse skal bidra til etterlevelse av kravene om faglig forsvarlighet, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og oppfyllelse av pasient- og brukerrettigheter.

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 2020 har det vært månedlige oppfølgingsmøter mellom administrerende direktør og lederne på nivå-2 med fokus på økonomi, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ledere og stab samarbeider og følger utviklingen og analyserer effekten av tiltak, samt iverksetter korrigerende tiltak ved behov for endringer.

Det rapporteres månedlig og tertialvis til Helse Sør-Øst på forhåndsdefinerte indikatorer.

Ledelsens gjennomgåelse (LGG) inngår også i virksomhetsstyringen og er i 2020 gjennomført to ganger i organisasjonen. Her vurderes det om SØ oppnår ønskede mål og resultater i henhold til Oppdrag og bestilling. Videre vurderes det om styringssystemene fungerer etter hensikten, om forbedringsarbeidet har effekt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten, om rapporteringen er pålitelig og om risikostyringen fungerer. En gjennomgang av kontrolltiltakene gjøres regelmessig for å vurdere om de er tilstrekkelige for at lederne kan få tilbakemelding om hvorvidt de har styring og om de kan nå målene.

Tertialrapport med risikovurdering målt mot Oppdrag og bestilling ble lagt frem i styremøte i mai 2020. En halvårsrapport av resultatene fra oppdragene i Oppdrag og bestilling 2020 ble lagt frem for styret i september 2020. Risikovurdering inngikk også i tertialrapporteringen for 2. tertial i dette møtet.

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

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

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

Etter et landsomfattende tilsyn i 2019 konkluderte Fylkesmannen (Statsforvalteren) i Oslo og Viken med at SØ ikke sørger for forsvarlige helsetjenester til pasienter som flyttes til andre avdelinger enn den som har høyest kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Fylkesmannen har i 2020 gitt tilbakemelding på risikovurderingen og handlingsplanen SØ utarbeidet etter tilsynet, og mener sykehuset ikke har gjort nok for å forbedre rutinene. Fylkesmannen vurderer at tiltakene SØ har satt inn for å lukke avvikene og etablere en ny og robust praksis for å unngå svikt knyttet til utlokalisering av pasienter, ikke er tilstrekkelig. Det er igangsatt et forbedringsarbeid som svares ut i februar 2021. Fylkesmannen (Statsforvalteren) vil deretter gjøre en ny vurdering av om det er etablert en ny og robust praksis i tjenestene til utlokaliserte pasienter.



### *Tilsynssaker*

Styret har behandlet en egen sak om tilsynssaker i SØ (fra 2019):

Fylkesmannen har åpnet tilsynssak mot Sykehuset Østfold i 50 saker i løpet av 2019 mot 33 saker i 2018. 26 av sakene opprettet i 2019 er avsluttet per dato, 24 er fortsatt under behandling.

Det ble avdekket lovbrudd i 8 saker, mens det i 6 saker er gitt råd og veiledning. De øvrige 12 avsluttede sakene er løst gjennom lokal avklaring (8) eller uten bemerkning (4).

### *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 i 2020 blitt holdt jevnlig orientert om koronasituasjonen både i møter og i e-poster mellom møtene.

I temasak om pasientsikkerhet ble styret gitt en innføring om psykisk helsevern og en presentasjon av utfordringsbildet.

Styret har behandlet sak om årlig gjennomgang av styringssystemene og virksomhetsstyringen i SØ.

Styret har også behandlet følgende saker som gjelder virksomhetsstyring og kontroll:

- HMS årsrapport 2019 og HMS-strategi 2020-2023
- Ledelsens gjennomgåelse av miljøledelsessystemet
- Ledelsens gjennomgåelse (LGG) informasjonssikkerhet

I tillegg har styret blitt orientert om resultater og oppfølging av medarbeiderundersøkelsen *ForBedring 2020*.

I forbindelse med styremøte har det også vært avholdt møte med Pasient- og brukerombudet i Østfold (årsmelding og dialog).

Regionvise møter med kommunene og møte med brukerutvalget i SØ ble ikke gjennomført i 2020 pga. koronasituasjonen.

### *Virksomhetsstrategi*

Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold 2021–2024 ble vedtatt av styret 26.05.20:

Denne skal gi tydelig retning for valg og prioriteringer og vise sammenhengen mellom faglige mål og rammene lagt i økonomisk langtidsplan.

Dokumentet er en oppfølging av virksomhetsstrategi vedtatt i styremøte 20.05.19, som er tilpasset til økonomisk langtidsplan 2021–2024 og med mindre justeringer etter innspill og drøfting i sykehusledermøtet. Pga. koronasituasjonen ble prosessen med revisjon av strategien mindre omfattende enn planlagt.

## *Større bygg- og eiendomssaker*

### *Samlokalisering av distriktsbaserte tjenester innenfor psykisk helsevern og rusbehandling og somatikk i Indre Østfold*

SØ arbeider med å samlokalisere alle kliniske funksjoner (totalt 7 virksomheter) i Helsehuset i Indre Østfold kommune fra juni 2021. Leieavtalen er vurdert opp mot dagens driftsmodell og er økonomisk bærekraftig på prosjekt- og helseforetaksnivå.

### *Fredrikstadklinikken - gjennomføring og finansiering*

SØ arbeider også med å samlokalisere de distriktsbaserte psykiatriske tjenestene i Fredrikstad (totalt 6 virksomheter) i eksisterende eiet bygningsmasse i St. Joseph fra og med 2023. Lokalene må renoveres og tilpasses den nye aktiviteten og det er etablert en overordnet 10-årig gjennomføringsplan for vedlikehold og brukertilpasninger.

### *Konseptrapport steg 2 for utvidelse av akuttmottaket*

SØ har gjennomført en konseptutredning for utvidelse av akuttmottaket og løsningen legger til rette for en helhetlig og langsiktig utvikling av akuttfunksjonen. Prosjektet går nå over i en forprosjektfase og det planlegges å ta i bruk nye og ombygde lokaler i 2023.

### *Kontorarbeidsplasser for administrasjonen i SØ (administrasjonsbygg)*

Det arbeides med å etablere lokaler for stabs- og støttefunksjoner i nytt planlagt bygg (leieavtale) på nabotomten til SØ på Kalnes. Innflytting er beregnet til mai 2021.

### *Kapasitetsøkning somatikk på kort sikt 2020-2025*

Hovedutfordringen for SØ nå er å løse de eksisterende kapasitetsproblemer med hensyn til døgnplasser. Utfordringer med overbelegg og midlertidige løsninger for å løse problemene (to-sengsrom, pasienter som ikke ligger på «moderpost», mv.) må løses så raskt som mulig. SØ har per i dag en beregnet underdekning på 60 senger, dette er beregnet å øke til 80 senger i 2025.

Styret har i vedtak desember 2020 bedt om at ombygging av døgnområde med inntil 25 sengeplasser på Kalnes iverksettes så raskt som mulig for å bidra til å forbedre situasjonen med knapphet på døgnplasser. Erstatningsarealer for aktivitetene som er i dette området utredes videre og legges frem for styret i februar 2021.

### *Styreevaluering*

Styreevaluering er ikke gjennomført i 2020 pga. koronasituasjonen.

### *Økonomi*

SØ har et negativt regnskapsmessig resultat i 2020 på 4,5 mill. kroner. Det var budsjettetert med et underskudd på 78 mill. kroner, det vil si et positivt avvik på 73,5 mill. kroner i forhold til budsjett. Bevilgede tilskudd til tiltak i forbindelse med pandemien overstiger faktiske kostnader i 2020. Ubrukte midler er overført til bruk i 2021 samt til fremtidige avskrivningskostnader for investeringer som er gjort i forbindelse med pandemien. Samlet beløp som er overført er 80 mill. kroner hvorav 43 mill. kroner gjelder investeringer.

Sammenlignet med 2019-resultatet har det vært en resultatforbedring på 102,5 mill. kroner. Forbedringen er en følge av reduserte rentekostnader og lavere lønnsoppgjør enn forutsatt i budsjettet.

## 1.5 Medvirkning fra brukere og ansatte

Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte og ansatte generelt samt om deres medvirkning i arbeidet med årlig melding. Referanse til de 12 prinsippene om medvirkning, medarbeiderundersøkelser mv. samt til de 13 prinsipper for brukermedvirkning. I dette kapitlet kan om ønskelig innspill fra brukerutvalget tas med som et underkapittel.

### *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 er oppnevnt av styret og består av 9 representanter: 4 representanter fra FFO, 2 representanter fra SAFO, 1 representant fra Kreftforeningen, 1 representant fra Hvite Ørn (psykisk helsevern) og 1 representant fra RIO (rus).

Det ble oppnevnt nytt Brukerutvalg i 2020, med funksjonsperiode 01.03.20-28.02.22.

2020 var et spesielt år også for brukerutvalget. Det var i utgangspunktet planlagt 8 møter – hvorav 7 ble gjennomført og ett ble avlyst på grunn av koronapandemien. I 2020 opprettet Brukerutvalget sitt eget Arbeidsutvalg. Arbeidsutvalget skal bidra til å forberede saker for Brukerutvalget, samt sikre at brukermedvirkning blir ivaretatt i aktuelle saker mellom ordinære møter i Brukerutvalget.

Det årlige møte hvor styret i SØ inviterer hele brukerutvalget ble ikke gjennomført, heller ikke opplæringsdag eller dialogmøte/temamøte med pasient- og brukerorganisasjoner og aktuell fagenhet i SØ. Dette på grunn av restriksjoner grunnet pandemien.

Administrerende direktør er til stede i brukerutvalgsmøtene og redegjør for saker som skal behandles av styret. Brukerutvalget gir sine anbefalinger og råd til administrerende direktør og styret. Brukerutvalgets leder og nestleder deltar som observatører i styremøtene.

Brukerutvalget har oppnevnt en rekke brukerrepresentanter til ulike råd, utvalg og prosjekter.

SØ har egne brukerråd innenfor DPS, kreft og råd for pasient- og pårørendeopplæring. 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.

Brukermedvirkning i forskning har kommet mer med, men det er fra Brukerutvalget ønske om å bli enda mer delaktige.

Ungdomsrådet i SØ (UR), som består av 10 representanter i alderen 13-23 år, skal være et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker som angår helsetilbudet til aldersgruppen 12-23 år. Det skal også være et forum for tilbakemelding

fra brukerne, pasienter og pårørende om erfaringer innenfor SØ sitt ansvarsområde knyttet til tilbudet til denne aldersgruppen.

UR har i 2020 avholdt 6 møter.

URs hovedfokus i 2020 har vært å ta vare på ungdommene som trenger helsehjelp midt oppi en pandemi. De har arbeidet på andre måter og vært kreative for å skåne ungdommen så langt det har latt seg gjøre. Ungdommen har betalt en høy pris dette året med stengning av skoler og fritidstilbud. UR selv har opplevd skolestengningen som krevende og har savnet skolen, venner og sosial omgang. UR har på tross av dette jobbet iherdig for at ungdom skal ha et godt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Eksempler på saker i 2020:

Det er laget en «vaktordning» for UR når det gjelder sosiale medier – medlemmene har da ansvaret for innlegg på Facebook og Instagram. UR har også fått i gang et samarbeid med kommunikasjonsavdelingen og tok en uke i desember over sykehusets Instagram-profil og la ut innlegg på denne. Dette ønsker de å kunne fortsette med også i 2021 da dette vil gjøre UR mer synlig.

Ungdomsrådet har tatt opp bekymring rundt at akuttinngangen til Ungdomspsykiatrisk seksjon (UPS) ikke er skjermet mht. innsyn, med administrerende direktør.

Rådet har gitt svar på spørsmål fra barne- og ungdomsklinikken om URs tanker og meninger rundt overgangen fra barne-/ungdomsavdeling til voksenavdeling.

06.-07.11.20 avholdt UR helgesamling på Quality hotell Grålum der de bl.a. fikk besøk fra eiendomsavdelingen ang. akuttinngangen til UPS. Det er nå startet en prosess med å få utbedret denne. Også lærer fra sykehusets skole var til stede og fortalte om hvordan de arbeider med pasientene/elevene på sykehuset. Det ble uttrykt bekymring fra UR sin side vedrørende hva slags undervisning elever som ligger på voksenavdeling (over 18 år) blir tilbudt. Denne bekymringen ble sendt til skolelederen i Viken Fylkeskommune og de vil få tilbakemelding derfra. Det ble i møtet også tatt opp bekymring rundt innslippskontrollen på sykehuset for unge voksne over 18 år som ikke får ha med seg en pårørende til behandling/operasjon.

UR var gjester hos podkasten til Fredrikstad Blad der de snakket om UR og hva de gjør for ungdom. Rådet har holdt innlegg digitalt på fagdager i barne- og ungdomsklinikken og har vært deltagende på møtene til rådet for pasient- og pårørendeopplæring.

#### *Medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud*

SØ vektlegger et godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er etablert faste samarbeidsarenaer mellom sykehusets ledelse, de foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud (HVO). Tilsvarende struktur finnes også på klinikk- og avdelingsnivå. På foretaksnivå er 16 organisasjoner representert. De 12 prinsippene om medvirkning ligger til grunn for samhandling med tillitsvalgte.

Per 31.12.20 var det totalt 160 tillitsvalgte og 144 verneombud i SØ. Av disse var totalt 9,1 årsverk frikjøpte tillitsvalgte og 2,1 årsverk frikjøpte verneombud.

Administrerende direktør har i 2020 hatt 17 møter med foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud (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 tre av de foretakstillitsvalgte er medlemmer i Arbeidsmiljøutvalget. Det var planlagt fellesmøte mellom sykehusledelse og FTV/HVO, men dette ble ikke gjennomført pga. koronasituasjonen.

Flere foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet har inngått i gruppen som deltar i de ukentlige beredskapsledelsesmøtene i forbindelse med covid-19.

### *Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte i arbeidet med Årlig melding 2020*

Foretakstillitsvalgt/hovedverneombud-gruppen har valgt to foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet, og brukerutvalget har valgt to representanter, til en arbeidsgruppe som har arbeidet med kapittel 2.1 Positive resultater og uløste utfordringer.

Brukerutvalgets medlemmer har fått tilsendt utkast til Årlig melding som ble behandlet som sak i brukerutvalgets møte 17.02.21. Melding fra brukerutvalget 2020 følger som vedlegg til Årlig melding.

Utkast til Årlig melding er sendt til alle foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet og er behandlet som sak av FTV/HVO-gruppen samlet 08.02.21. Utdrag fra referat fra møtet med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud følger som vedlegg.

## **2. Vurdering av virksomheten**

### **2.1 Positive resultater og uløste utfordringer**

Både forhold som virksomheten opplever å ha lyktes særlig med og det som oppleves som særlige utfordringer i forhold til bestillinger og egne mål.

## **Positive resultater**

### **Håndtering av covid-19-situasjonen**

2020 har vært preget av koronasituasjonen og medarbeidernes innsats i denne situasjonen fremheves spesielt.

Skaleringsplanen for SØ ble utarbeidet innen fastsatt frist og er oppdatert gjennom året. Informasjon og kommunikasjon fra beredskapsledelsen i pandemisituasjonen har vært god og samarbeidet fra øvre linje og ut i organisasjonen oppleves som godt.

Koronasituasjonen har vært godt håndtert i SØ, noe også evalueringsrapporten som tok for seg perioden fra 03.03. til 01.09.20 underbygger. Evalueringen, som er delt inn i tre hovedpunkter (beredskap, situasjonsbildet for virksomheten og krisehåndtering) er brukt til å finne læringspunkter for enda bedre å håndtere pandemien videre og skal også brukes for å forebygge at kjente risikoforhold blir hendelser i fremtiden.

Oppstart av arbeidsgruppe psykososialt arbeidsmiljø som skal se på tiltak for ansatte i forbindelse med koronasituasjonen er positivt mottatt.

Med unntak av seks uker på våren, har SØ hatt full elektiv virksomhet gjennom pandemien. Øyeblikkelig hjelp-aktiviteten innen somatisk virksomhet ble gjennom våren redusert med ca. 20 %. Denne har gradvis økt gjennom pandemien, og ligger nå ca. 6 % lavere enn normalt.

Tilrettelegging for og ibruktakelse av telefon- og videokonsultasjoner har i stor grad bidratt til opprettholdelse av poliklinikkaktivitet. Dette er foreløpig mest brukt i klinikk

for psykisk helsevern og rusbehandling, men også i enkelte somatiske poliklinikker har dette utgjort en betydelig andel.

### **Kreftbehandling**

Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid (70 %) er innfridd totalt for alle forløp i SØ med andel nye pasienter i forløp 78 % og andel behandlet innen forløpstid 79 %. Dette gjør at SØ er blant de beste sykehusene i landet. SØ har arbeidet systematisk med pakkeforløpene over lang tid. Alle arbeider samlet for å få til gode resultater, og spesielt forløpskoordinatorenes rolle er viktig for å lykkes. Forløpskoordinator kan kontaktes av både pasienter og fastleger, og koordinerer forløpet med booking av timer for pasientene, fra henvisning er mottatt ved sykehuset og utredning starter.

### **Robotkirurgi**

SØ har i 2020 anskaffet utstyr til robotassisterte kikkhullsoperasjoner og de to første inngrepene ble gjennomført 19.10.20. I løpet av den første oppstartuken hadde alle de tre fagområdene urologi, gastro og gynekologi gjennomført sine første inngrep, totalt 12 inngrep. Vårt helseforetak har oppnådd svært gode resultater i oppstartperioden. SØ arbeider systematisk med kvalitet og har fokus på at dette leveres fra dag 1, og er godt fornøyd med både resultat og antallet gjennomførte operasjoner fra oppstarten i oktober. Dette skyldes løsningsorientert planlegging, dedikert trening/opplæring, høyt engasjement og et godt teamsamarbeid - og de foreløpige målene er oppnådd.

### **Pakkeforløp Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Målet om at andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 % er oppnådd med resultat 77 %.

### **Epikrise i psykisk helsevern og TSB**

Psykisk helsevern og TSB har oppnådd målet om at minst 50 % av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB. Resultat for psykisk helsevern er per november 50 % og for TSB 90 %.

### **Pasientsikkerhet**

Målet om at andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2019 er oppnådd. Det er redusert med 1,3 prosentpoeng fra 12,1 % til 10,8 %.

### **Innovasjon - Nyskapende pasientforløp**

De første pasientene ble inkludert i utprøvingen av en ny tjeneste for digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter i desember 2020. Utprøvingen er en del av innovasjonspartnerskapet «Nyskapende pasientforløp», der SØ samarbeider tett med leverandøren Diffia og Sykehuspartner om å utvikle og teste en tjeneste for digital hjemmeoppfølging som en integrert del av pasientforløpet. Tjenesten gir pasientene større mulighet til å være aktive og deltakende i behandlingen.

Tjenesten, som består av en app for helsepersonell på sykehuset og en app for pasientene hjemme, gjør det mulig for kliniker og pasient å ha kommunikasjon når pasienten er hjemme mellom behandlingene, gjennom utveksling av digitale skjemaer for symptomkartlegging og meldinger med tekst og bilder.

Pasienten har også mulighet til å utføre målinger som blodtrykk, vekt, temperatur og oksygenmetning, og formidle resultatene gjennom appen på sin mobiltelefon. Sykehuset kan dermed følge opp pasientens helsetilstand, få mulighet til å oppdage forverringer, og sette i gang tidlige tiltak. Tjenesten er tilgjengelig for pasient og kliniker både på PC, nettbrett og mobiltelefon.

### **Tilbyr ny testmetode til barn og unge – barne- og ungdomspsykiatri (BUP)**

Det fylkesdekkende nevroteamet i BUP Østfold har fått prosjektmidler fra Helse Sør-Øst slik at de kan tilby en undersøkelse hvor de måler elektrisk hjerneaktivitet (EEG) hos barn og unge fra ni år. Måling av elektrisk hjerneaktivitet under arbeid med en oppmerksomhetstest kan både bidra til avklaring av ADHD/ADD diagnose, og hvem som sannsynligvis vil ha nytte av standard medisin. Testen er smertefri og ufarlig. Undersøkelsen kan være et viktig tillegg til standard utredning og kan også gi svar på hvem som kan egne seg godt for vanlig ADHD medisin. I første omgang er dette organisert som et prosjekt hvor vi ønsker å finne ut om denne testen bør bli et fast tilbud.

### **Bruk av bredspektrede antibiotika**

Ansvar for antibiotikastyring er lagt til smittevern avdelingen, som hele dette året har hatt hendene fulle med koronarelatert aktivitet. Koronapasienter har i SØ vært overbehandlet med bredspektrede antibiotika, noe som har vært vanskelig å påvirke siden sykdommen var ny og ukjent. Likevel viser tall fra Nasjonalt kompetansesenter (KAS) at økningen i bredspektrede antibiotika ved SØ bare økte med 0,3 DDD/100 LD, fra 16,97 i 2019 til 17,3 per 2. tertial 2020. SØ er det eneste helseforetaket i Helse Sør-Øst som i 2019 nådde målet om 30 % reduksjon og vi ligger fortsatt bare hårfint under 30 %. Vi håper på et bedre år for kampen mot antibiotikaoverforbruk i 2021.

### **Instruksjonsfilm for covid-19-pasienter - tilgjengelig på nett**

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i SØ har utarbeidet en instruksjonsfilm om enkle øvelser som kan gjøre det lettere å puste for pasienter med covid-19. Filmen, som er publisert på sykehusets youtube-kanal, gjør det lettere å vise pasientene hvordan øvelsene gjøres riktig, og det er et stort pluss at de kan hente opp filmene på nettet på sin egen mobil/nettbrett/pc når øvelsene skal gjentas flere ganger i løpet av et døgn. Filmen viser sirkulasjonsøvelser, hvilestillinger som gjør det lettere å puste og hostedempende teknikker. Den erstatter ikke fysioterapi, men kan brukes som et hjelpemiddel i tillegg til veiledning av fysioterapeut. Filmen kan også være nyttig for pasienter som er innlagt på sykehuset med andre diagnoser enn covid-19, men som også har lungeproblematikk og/eller er inaktive av ulike årsaker.

### **Forskning - Rekordmange vitenskapelige publikasjoner**

Forskningsaktiviteten i Sykehuset Østfold holder seg godt, og 2020 er et rekordår med 128 vitenskapelige artikler (foreløpig tall med mulighet for endring) der medarbeidere i Sykehuset Østfold har medvirket som forfatter.

Våre forskere publiserer sine resultater i anerkjente nasjonale og internasjonale vitenskapelige tidsskrifter, og hittil i år har totalt 119 unike forfattere tilknyttet Sykehuset Østfold bidratt til vitenskapelige publikasjoner. Av disse er 61 menn og 58 kvinner. Den totale oversikten over publiseringer i Sykehuset Østfold finnes på SØs internettside ([Vitenskapelige publikasjoner 2020 - Sykehuset Østfold \(sykehuset-ostfold.no\)](https://www.vitenskapeligepublikasjoner2020-sykehusetostfold.no)).

## **Samarbeid med fastleger og kommuner – helsefelleskap**

SØ har i lengre tid hatt et godt etablert samarbeid med fastleger og kommuner gjennom partnerskapsmøte og samarbeidsutvalg med underutvalg UFAB (Utvalg for akuttmedisin og beredskap), KAD (Utvalg for kommunale akutt døgnenheter) og SUFF (Samhandlingsutvalg for fastleger).

SØ etablerte i mars 2020 et Pandemiråd bestående av kommuneoverleger, fastleger og fagdirektør, samhandlingssjef, smittevernoverlege og laboratorietjenesten ved SØ. Det har siden mars vært ukentlige møter for å samarbeide rundt håndtering av covid-19-pandemien med temaer som testing og testkapasitet, hjemmebehandling og behandling på sykehjem, prioritering av pasienter og løpende problemstillinger. Pandemirådet rapporterer til Samhandlingsutvalget og ledes av fagdirektør ved sykehuset.

## **Arbeidsmetoder**

Pandemien har lært oss mye også mht. å omstille arbeidshverdagen til bruk av andre arbeidsverktøy f.eks. bruk av telefon- og videokonsultasjon som erstatning for fysisk oppmøte som konsultasjonsform, og gjennomføring av møter som elektroniske møter. Det er tilrettelagt for videokonsultasjoner for 39 avdelinger i SØ, og erfaringen som opparbeides med dette gir fordeler med mulighet for bruk av slike konsultasjoner, i samspill med ordinære fremmøtekonsultasjoner, også etter at pandemien er over.

## **Uløste utfordringer**

Det er for 2020 vanskelig å vurdere i hvor stor grad koronasituasjonen har påvirket resultatene.

## **Kapasitetsproblemer**

I 2020 kom evalueringsrapporten som tar for seg de tre første årene etter at det nye sykehuset på Kalnes ble åpnet i 2015. Svarene fra medarbeiderne er tydelige: mangel på areal påvirker både pasientbehandlingen og arbeidshverdagen i sykehusbygget.

Sykehuset har en kapasitet basert på de nasjonale og regionale føringene som gjaldt for sykehusplanlegging i 2008/2009. Høy utnyttelsesgrad ga føring på 90 % belegg i ordinære sykehussenger. I tillegg viste beregningene at vi kunne planlegge med lav befolkningsvekst, noe som viste seg å ikke stemme. Dette er noe av forklaringen på at akuttmottak og døgnområder ikke er bygget for å håndtere et så stort antall pasienter, og har blant annet ført til at pasienter har måttet ligge på korridor.

Vi har også store utfordringer når det gjelder arbeidsplasser for leger og på grunn av arealknapphet må helt nødvendig utvidelse av MR-parken løses gjennom et tilbygg.

Utvidelse av akuttmottaket er nå i forprosjektfasen og det planlegges å ta i bruk nye og ombygde lokaler i 2023. Hovedutfordringen for SØ nå er å løse de eksisterende kapasitetsproblemene med hensyn til døgnplasser. Utfordringer med overbelegg og midlertidige løsninger for å løse problemene (to-sengsrom, pasienter som ikke ligger på



«moderpost», mv.) må løses så raskt som mulig. SØ har per i dag en beregnet underdekning på 60 senger, dette er beregnet å øke til 80 senger i 2025.

Styret har i vedtak i desember 2020 bedt om at ombygging av døgnområde med inntil 25 sengeplasser på Kalnes iverksettes så raskt som mulig for å bidra til å forbedre situasjonen med knapphet på døgnplasser. Erstatningsarealer for aktivitetene som er i dette området utredes videre og legges frem for styret i februar 2021.

Det arbeides samtidig med delprosjekt «Økt poliklinikk og dagbehandling Moss og Kalnes» som bl.a. skal definere poliklinikk og dagbehandling som kan overføres fra Kalnes til Moss og tilrettelegge bygningsmessig og teknisk for økt poliklinikk og dagbehandling i Moss og Kalnes, ved hjelp av arealeffektivitet og bedre koordinering av bruk av arealer.

I klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har det i hele 2020 vært store kapasitetsutfordringer innenfor psykiatrisk avdeling på Kalnes. Det er utarbeidet et eget kapasitetsprogram som inkluderer tiltak som skal gjennomføres både internt i psykiatrisk avdeling og andre avdelinger i klinikken. Grunnet overbeleggsproblematikken har man vært nødt til å benytte tilleggsrom i større grad enn det som er ønskelig.

Det store volumet av pasienter har også bidratt til et stort overforbruk av personell. Det er gjennomført et omfattende arbeid i regi av prosjektet «Godt planlagt» som skal bidra til hensiktsmessig, forutsigbar og effektiv bruk av personalressurser og at seksjonene til enhver tid har riktig bemanningssammensetning.

Medio januar 2020 ble det gjennomført en større omlegging av øyeblikkelig-hjelp-forløpet, noe som har bidratt til en reduksjon i antallet øyeblikkelig-hjelp-innleggelses på DPS-nivå. Antallet innleggelses i psykiatrisk avdeling har imidlertid ikke gått ned som resultat av dette.

### **MR-kapasitet**

Avdeling for bildediagnostikk opplever stadig økning i MR-etterspørselen. Det er i høst ytterligere 5-12 % økning av aktiviteten sammenlignet med fjoråret. Dette er krevende å håndtere i en situasjon der SØ fra før har betydelig underkapasitet på MR-diagnostikk. Et forslag til løsning for anskaffelse og plassering av MR nr. 4 er utarbeidet og legges frem for styret i februar 2021. Da dette tidligst kan realiseres våren 2023 vil avdeling for bildediagnostikk arbeide med ulike tiltak for å sikre kapasiteten i perioden frem til prosjektet er realisert.

### **Covid-19**

SØ har i forbindelse med koronapandemien i perioder hatt bemanningsutfordringer, spesielt mht. sykepleiere/spesialsykepleiere. Det er utarbeidet omfattende opplæringsplaner, der store deler er gjennomført. Videre opplæring gjennomføres i henhold til behov og smitteutvikling.

### **Utlokalisering av pasienter**

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. Fylkesmannen har i 2020 gitt tilbakemelding på risikovurderingen og handlingsplanen SØ utarbeidet etter tilsynet, og mener sykehuset ikke har gjort nok for

å forbedre rutinene. Fylkesmannen vurderer at tiltakene sykehuset har satt inn for å lukke avvikene og etablere en ny og robust praksis for å unngå svikt knyttet til utlokalisering av pasienter, ikke er tilstrekkelig. Det er igangsatt et forbedringsarbeid som svares ut i februar 2021. Fylkesmannen (Statsforvalteren) vil deretter gjøre en ny vurdering av om det er etablert en ny og robust praksis i tjenestene til utlokaliserte pasienter.

### **Korridorpasienter**

Målet om ingen korridorpasienter er ikke nådd, men SØ har hatt en betydelig reduksjon i andel fra 2,06 i 2019 til 0,53 % i 2020.

Handlingsplan for overbelegg er revidert og tiltakene er iverksatt. I tillegg er det iverksatt planer for høy aktivitet ved somatisk akuttmottak og døgnområder. Plan ved høy aktivitet i akuttmottak er revidert som følge av endret pasientflyt gjennom pandemien. Eksempler på tiltak er fokus på liggetid, kapasitetsmøter alle dager, gjennomgang av langliggere over 7 dager, tiltaksplan ved overbelegg. Som en midlertidig løsning er antall tomannsrom i februar 2020 øket med 23 til totalt 47 rom. Pandemien har ført til redusert antall øyeblikkelig-hjelp-innleggelser og dermed lavere bruk av tomannsrom. Tett dialog med kommunehelsetjenesten har også ført til forbedring, antall utskrivningsklare pasienter har gått ned.

Reduksjonen i andel korridorpasienter har også sammenheng med pandemien, gjennom en betydelig redusert tilstrømning av akuttpasienter på våren, og noe reduksjon i elektiv virksomhet i samme periode.

### **Ventetid og fristbrudd**

Målet om at gjennomsnittlig ventetid skal være under 54 dager er ikke oppnådd. Gjennomsnittlig ventetid for alle områder for 2020 er 62 dager (Somatikk: 64 dager, VOP: 56 dager, BUP: 51 dager, TSB: 22 dager). Da covid-19 førte til nedstengning våren 2020 økte ventetidene. Gjennom høsten er kapasiteten økt for å ta igjen etterslepet bl.a. gjennom ekstrapoliklinikk/kveldspoliklinikk og å øke antall telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner.

### **Pasientavtaler**

Målet om at SØ skal overholde minst 94 % av avtalene er ikke nådd. Ved utgangen av 2020 var 87,2 % av avtalene overholdt.

Da covid-19 førte til nedstengning i vår økte fristbruddene. Gjennom høsten er kapasiteten økt for å ta igjen etterslepet. Det er på flere områder etablert kveldspoliklinikk for å kunne redusere noe av etterslepet som har oppstått i perioden med koronatiltak. Til tross for denne situasjonen er det en økning i antall overholdte avtaler fra 2019 da resultatet var 86,6 %.

### **Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB**

Målet om at andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 % er ikke nådd. Resultatet for barn og unge er 50 % og for psykisk helsevern voksne 62 %.

Målet om at andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge (BUP), psykisk helsevern voksne (PHV) og TSB skal være minst 80 % er ikke oppnådd med følgende resultater: 53 % (BUP), 42 % (PHV) og 36 % (TSB). Det har fra oppstart vært noen utfordringer vedrørende rapportering og det

har i perioden vært endringer i definisjoner. Dette har medført noe avvik mellom intern og ekstern rapportering. Løsning skal nå være på plass.

### **Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.**

Målet er ikke nådd. Det har i 2020 vært en liten nedgang i avvisningsraten innen BUP (25,5 % i 2020 mot 26,5 % i 2019), men en økning innen PHV (25,1 % i 2020 mot 18,5 % i 2019).

Det er relativt store ulikheter mellom de ulike poliklinikkene, som i noen grad skyldes interne forhold i poliklinikken og ulike problemstillinger og arbeidsform i opptaksområdet.

Det arbeides med ulike tiltak i samarbeid med fastleger og kommunehelsetjenesten med tanke på mer effektive og hensiktsmessige rutiner i tilknytning til henvisninger. Et eksempel er samhandlingsprosjekt mellom BUPP Moss og kommunehelsetjenesten mtp. mer effektivt samarbeid mellom henviser og spesialisthelsetjenesten *Prosjekt samhandling før henvisning*.

Samarbeidsprosjektene har blitt begrenset grunnet pandemien.

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

Innen somatisk virksomhet har det vært en nedgang i aktiviteten målt i DRG-poeng på 3,3 % i 2020. Samlet for psykisk helsevern og TSB har veksten i DRG-poeng vært 1,2 %. Innen psykisk helsevern og TSB måles aktiviteten i DRG-poeng kun for polikliniske pasienter mens det for somatikk også beregnes DRG-poeng for innlagte pasienter. Tallene for 2020 er preget av pandemisituasjonen som i særlig grad har påvirket negativt for aktivitet i gruppebehandling og ambulante team.

Når det gjelder kostnader og prioriteringsregelen i 2020 er tallene følgende: Somatikk: +6,6 %, VOP +7,5 %, BUP +4,6 % og TSB -1,1 %. SØ oppfylder dermed ikke prioriteringsregelen for BUP og TSB. Mye av årsaken til dette er at kostnadene innen somatikk har økt mye grunnet koronapandemien.

### **Tvangsbruk psykisk helsevern**

Målet om at antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2020 sammenlignet med 2019 viser en svak reduksjon. Det finnes foreløpig ingen offisielle rapporter for denne spesielle indikatoren for hele 2020. Interne tall viser til en svak reduksjon av bruk av tvangsmidler i 2020 sammenlignet med 2019 med følgende profil: §4-8a *Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler* - nedgang fra 192 i 2019 til 148 i 2020, §4-8b *Vedtak om bruk av isolasjon* - økning fra 0 i 2019 til 3 i 2020, §4-8c *Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler* - økning fra 68 i 2019 til 70 i 2020, §4-8d *Kortvarig fastholding* - reduksjon fra 285 i 2019 til 252 i 2020.

Det er et overordnet mål for klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling både å redusere omfanget, men også å sikre at bruken av tvangsmidler er så skånsom som mulig. Dette kombinert med at vi registrerer mer og bedre enn tidligere registreringsrutiner bidrar til at resultatet ikke nødvendigvis kan sammenlignes med tidligere år.

Høsten 2020 ble det gjennomført en konsernrevisjon ved de tre psykoseseksjonene i psykiatrisk avdeling. Klinikken har også hatt besøk av en ressursgruppe vedrørende bruk av tvangsmidler fra HSØ og har gjennom det fått gode innspill i det systematiske forbedringsarbeidet som allerede er igangsatt.

### **Utvikling av fødetilbudet**

Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» i utvikling av fødetilbudet. SØ har innmeldt et behov for økt jordmorbemanning på bakgrunn av økt andel risikogravide og krevende oppfølging av gravide og fødende. SØ har også økt antall utdanningsstillinger for jordmødre.

I tillegg er det nå nye oppdrag vedrørende tidlig ultralyd og overtidsvurderinger som krever mer bemanning. Oppstart 2021. Klinikken har startet arbeidet med å forberede dette.

Klinikken har risikovurdert dagens bemanning og vurdert den som kritisk sett opp kompleksiteten og tjenestetilbudet til de fødende.

Det er behov for å øke antallet spesialister og jordmødre.

### **Kreftbehandling**

Sykehuset Østfold oppnår ikke måloppnåelse for pasienter til strålebehandling. Strålebehandling til SØs pasienter gis ved OUS og flaskehalsen i forhold til forløpstider ligger på intern logistikk der.

### **Epikriser somatikk**

Målet om at minst 70 % av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning er ikke oppnådd. Andel sendt innen 1 dag i 2020 er 60 %, men dette er en økning i forhold til 2019.

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

Det er en utfordring at SØ ikke kan skrive digitale sykemeldinger.

Prosess for innføring av digital sykemelding er igangsatt av Regional klinisk løsning (RKL).

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

Evalueringen bør inneholde vurdering av egen organisasjon, omstilling, organisasjonsutvikling og effekter.

Sykehuset fikk ny styreleder fra 26.02.20.

Den kliniske virksomheten i SØ er organisert i 5 klinikker (medisin, kirurgi, akuttmedisin, kvinne-barn og psykisk helsevern og rusbehandling). Kreftavdelingen, avdeling for bildediagnostikk og senter for laboratoriemedisin er organisert utenfor klinikkstrukturen og rapporterer direkte til administrerende direktør. I tillegg kommer sentrale stabsfunksjoner som er organisert under fagdirektør, prosessdirektør, økonomidirektør, HR-direktør og kommunikasjonssjef. Driftstjenestene er samlet i divisjon for facility management (FM).

Det er gjort én endring i organisering i 2020, tidligere *psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering* er delt i to avdelinger: *psykiatrisk avdeling leger og voksenhabilitering* og *psykiatrisk avdeling døgnområder*.

Det ble i 2020 bestemt å starte prosess med ansettelse av teknologidirektør og dermed dele opp nåværende fagavdeling i to. Dette er for å kunne ha større oppmerksomhet både på kvalitet og fagutvikling og på teknologi og e-helse.

Pga. koronasituasjonen var pasienttilstrømningen mindre fra mars 2020. Med unntak av seks uker på våren, har SØ hatt full elektiv virksomhet gjennom pandemien. Øyeblikkelig hjelp-aktiviteten innen somatisk virksomhet ble gjennom våren redusert med ca. 20 %. Denne har gradvis økt gjennom pandemien, og ligger nå ca. 6 % lavere enn normalt.

På oppdrag fra HSØ er det utarbeidet skaleringsplaner for å kunne ta imot et stort antall covid-19-pasienter, både i intensivavdeling og i egne kohortposter.

Arbeidet med å øke kapasiteten på kort og lang sikt har vært tema i sykehusledermøter og styremøter gjennom året. Hovedutfordringen for SØ nå er å løse de eksisterende kapasitetsproblemene med hensyn til døgnplasser.

Arbeidet med nytt somatisk akuttmottak, ombygging av døgnområde med inntil 25 sengeplasser på Kalnes, delprosjekt *Økt poliklinikk og dagbehandling Moss og Kalnes* og inngåelse av en leieavtale om arealer til kontorarbeidsplasser i nytt bygg på nabotomten til Kalnes, vil på sikt bidra til en bedre utnyttelse av arealressursene i SØ Kalnes.

I klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling har det i hele 2020 vært store kapasitetsutfordringer innenfor psykiatrisk avdeling på Kalnes. Det er bl.a. utarbeidet et eget kapasitetsprogram som inkluderer tiltak som skal gjennomføres både internt i psykiatrisk avdeling og andre avdelinger i klinikken.

Utkast - til Styremøte 23.2.21

## DEL II: RAPPORTERINGER

I *Del II: Rapporteringer* i årlig melding skal status for arbeidet og resultatoppnåelsen beskrives for hvert styringsbudskap (*mål 2020 og annen oppgave 2020* i styringsdokumentene). Rapporteringen skal være dekkende og relevant.

Der det er naturlig kan rapporteringen for flere styringsbudskap samordnes, men det skal rapporteres slik at status og resultatoppnåelse for alle styringsbudskap fremgår tydelig.

Tiltak som er iverksatt for å bedre måloppnåelse skal alltid listes opp dersom målet ikke er nådd. Hvis målet er nådd, bør likevel tiltak som kan ha overføringsverdi til andre beskrives.

Hovedvekten legges på hva som gjøres. Rapportering av tall for oppnådde resultater vil i svært mange tilfeller ikke være mulig å fremvise før etter at årlig melding skal være sluttført. Der det er naturlig at rapporteringen skal inneholde tall, fremskaffes disse av helseforetaket selv. Det vises til de faste rapporteringene til Helse Sør-Øst RHF.

Dersom det i styringsbudskapet vises til tall eller resultater for hele helseregionen, er det helseforetakets eget arbeid med styringsbudskapets innhold som skal omtales i årlig melding.

### 3. Oppfølging av styringsbudskap for 2020

I dette kapittelet beskrives arbeidet med styringsbudskapene for 2020.

#### 3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

##### 3.1.1 Ventetid og fristbrudd

- *Gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, skal være under 54 dager i 2020.*

Gjennomsnittlig ventetid for alle områder for 2020 er 62 dager (Somatikk: 64 dager, VOP: 56 dager, BUP: 51 dager, TSB: 22 dager). Da covid-19 førte til nedstengning våren 2020 økte ventetidene. Gjennom høsten er kapasiteten økt for å ta igjen etterslepet.

Eksempler på igangsatte tiltak mht. ventetider:

- Planleggingshorisont lege
- Ekstrapoliklinikk, kveldspoliklinikk
- Øke antall telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner
- Tett dialog mellom avdeling for pasientservice og booking og fagavdelingene mht. å rydde i ventelister og time i første brev, bl.a. gjennom faste samarbeidsmøter
- Bruk av avtalespesialister
- Sørge for tilgjengelige behandlingsrom
- Operasjon – måle tid for oppstart og knivtid – kontinuere arbeidet med å redusere skiftetider
- Sende ut resultater på aktuelle måleparameter – operasjon til aktuelle avdelinger

- Oppfølging av strykninger
- Konvertert dagkirurgi til poliklinikk og døgn til dagkirurgi
- Optimalisering av eksisterende arbeidsprosesser og innføring av nye retningslinjer, systematisere prosesser for riktig behandlingsnivå i sammenheng med Pallion (studie for å få gjennomført Palliativ care integrated in oncology) i onkologisk seksjon SØ.
- Tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk- og avdelingsnivå iht. måltavle mht. ventetid og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Gjennomført ulike prosessforbedringer og implementert tiltak for å oppnå sentrale målkrav generelt, og sikre kvalitet og effektivitet i de pasientadministrative polikliniske pasientforløpene inkl. ventetid, i psykisk helsevern og rusbehandling, eksempelvis:
  - Prioriteringskurs for medarbeidere (merkantile/nye behandlere) i regi av DPS Nordre Østfold.
  - Samhandlingsprosjekt mellom BUPP Moss og kommunehelsetjenesten mtp. mer effektivt samarbeid mellom henviser og spesialisthelsetjenesten (reduere avslagsprosent) *Prosjekt samhandling før henvisning.*
  - Prosjekt for å sikre effektivitet i pasientforløpet ved DPS Fredrikstad. *Fra kapasitetsstyrt til kvalitetsstyrt pasientforløp.*
  - Prosjekt for kompetanseoverføring mellom DPS Nordre Østfold (Moss) i samarbeid med fastleger i Moss: *Fastleggekurs i Moss.*
- Fortløpende hatt fokus på og tilrettelagt for forbedringstiltak i ulike enheter i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling med tanke på:
  - Mer effektiv bruk av ressurser/frigjøring av ressurser til poliklinisk arbeide
  - Bedre utnyttelse av tilgjengelige verktøy som finnes for å redusere ventetid og fristbrudd
  - Opplæring i registrering av aktivitet, samt ryddig i ventelister
  - Kunne øke omfang av strukturerte dagtilbud
  - Arbeidsform i ambulant akutteam
  - Bruk av telefon- og videokonsultasjon som erstatning for fysisk oppmøte som konsultasjonsform
  - Utredet mulighet for å kunne tilrettelegge for egnet kommunikasjonsplattform for digital gruppebehandling.

### 3.1.2 Pasientavtaler

- *Helseforetaket skal overholde minst 94 prosent av avtalene innen utgangen av 2020. Dette måles med samme uttrekksdato som året før.*

Målet er ikke nådd. Ved utgangen av 2020 var 87,2 % av avtalene overholdt.

Da covid-19 førte til nedstengning i vår økte fristbruddene. Gjennom høsten er kapasiteten økt for å ta igjen etterslepet.

Til tross for denne situasjonen er det en økning i antall overholdte avtaler fra 2019 da resultatet var 86,6 %,

Eksempler på igangsatte tiltak mht. fristbrudd:

- Planleggingshorisont lege

- Ekstrapoliklinikk, kveldspoliklinikk.
- Øke antall telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner .
- Tett dialog mellom avdeling for pasientservice og booking og fagavdelingene mht. å rydde i ventelister og time i første brev, bl.a. gjennom faste samarbeidsmøter
- Bruk av avtalespesialister.
- Sørge for tilgjengelige behandlingsrom.
- Operasjon – måle tid for oppstart og knivtid – kontinuere arbeidet med å redusere skiftetider.
- Sende ut resultater på aktuelle måleparameter – operasjon til aktuelle avdelinger.
- Oppfølging av strykninger.
- Konvertert dagkirurgi til poliklinikk og døgn til dagkirurgi.
- Optimalisering av eksisterende arbeidsprosesser og innføring av nye retningslinjer, systematisere prosesser for riktig behandlingsnivå i sammenheng med Pallion (studien for å få gjennomført Palliativ care integrated in oncology) i onkologisk seksjon SØ.
- Tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk og avdelingsnivå iht. måltavle mht. ventetid og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Gjennomført ulike prosessforbedringer og implementert tiltak for å oppnå sentrale målkrav generelt, og sikre kvalitet og effektivitet i de pasientadministrative polikliniske pasientforløpene i psykisk helsevern og rusbehandling, eksempelvis:
  - Prioriteringskurs for medarbeidere (merkantile/nye behandlere) i regi av DPS Nordre Østfold.
  - Samhandlingsprosjekt mellom BUPP Moss og kommunehelsetjenesten mtp. mer effektivt samarbeid mellom henviser og spesialisthelsetjenesten (reduere avslagsprosent) *Prosjekt samhandling før henvisning.*
  - Prosjekt for å sikre effektivitet i pasientforløpet ved DPS Fredrikstad. *Fra kapasitetsstyrt til kvalitetsstyrt pasientforløp.*
  - Prosjekt for kompetanseoverføring mellom DPS Nordre Østfold (Moss) i samarbeid med fastleger i Moss: *Fastlegkurs i Moss.*
- Fortløpende hatt fokus på og tilrettelagt for forbedringstiltak i ulike enheter i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling med tanke på:
  - Mer effektiv bruk av ressurser /frigjøring av ressurser til poliklinisk arbeide
  - Bedre utnyttelse av tilgjengelige verktøy som finnes for å redusere ventetid og fristbrudd.
  - Opplæring i registrering av aktivitet, samt ryddig i ventelister.
  - Kunne øke omfang av strukturerte dagtilbud.
  - Arbeidsform i ambulant akutteam.
  - Bruk av telefon- og videokonsultasjon som erstatning for fysisk oppmøte som konsultasjonsform.
  - Utredet mulighet for å kunne tilrettelegge for egnet. kommunikasjonsplattform for digital gruppebehandling.

• *Andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder skal øke sammenliknet med 2019, målt ved indikatoren planleggingshorisont, avgrenses til å gjelde andre halvår 2020 sammenliknet med andre halvår 2019. Tidligere stilt krav om at det skal*



være planleggingshorisont for bemanning og timetildeling på poliklinikker på minst 6 måneder gjelder fortsatt.

Rapportering på planleggingshorisont inngår i månedlig rapportering ved interne oppfølgingsmøter fra juli for å øke fokus på området.

Tiltak: Direktebooking. Andel direktebooket i 2020: 71 %.

### 3.1.3 Kreftbehandling

• Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft innen maksimal anbefalt forløpstid skal være minst 70 prosent for hver kreftform (26 krefttyper: lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkraft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom).

• Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå for gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft skal reduseres for hver kreftform (26 krefttyper).

Målet er innfridd totalt for alle forløp i SØ med andel nye pasienter i forløp 78 % og andel behandlet innen forløpstid 79 %. Resultat per kreftform - se tabell under. For noen av kreftformene er det få pasienter, dette kan gi store utslag på det prosentvise resultatet.

Sykehuset Østfold oppnår ikke måloppnåelse for pasienter til strålebehandling. Strålebehandling til Søs pasienter gis ved OUS og flaskehalsen i forhold til forløpstider ligger på intern logistikk der.

Kreftform	Resultat per november	Kommentarer til variasjon	Tiltak/kommentar der målet ikke er oppnådd
lungekreft	67	Økning de siste månedene (oktober 89).	Tett dialog med OUS.
brystkreft	86		
prostatakreft	57	Økende de siste månedene (oktober 73).	Begynt å operere fra medio november.
tykk- og endetarmskreft	82		
kreft i spiserør og magesekk	47	Få pasienter, derfor store variasjoner.	Tett dialog med OUS som behandler kurative pasienter.
Blærekreft	92		

testikkelkreft,	83		
skjoldbruskkjertelkreft	86	Få pasienter, derfor store variasjoner.	
kreft hos barn	50	2 pas registrert, få pasienter. De fleste går rett til OUS som ø-hjelp. Derfor ikke registrert.	Behandles sentralisert ved OUS.
hjernekreft	50	Få pasienter, derfor store variasjoner.	Behandles sentralisert ved OUS.
nevroendokrine svulster			Behandles sentralisert ved OUS.
føflekkreft	99		
peniskreft	50	(under 30 pasienter i Norge per år, 2 stk. registrert).	Behandles sentralisert ved OUS.
bukspyttkjertelkreft	47	Få pasienter, derfor stor variasjon.	Behandles sentralisert ved OUS ved kurativ behandling
myelomatose	79		
akutt leukemi	29	Få pasienter. De fleste går rett inn til OUS. Blir derfor ikke registrert.	Tett dialog med OUS som utredning /behandler kurative pasienter.
kronisk lymfatisk leukemi	100	Få pasienter.	Tett dialog med OUS som utredning /behandler kurative pasienter.
galleveiskreft	50	Få pasienter	Sentralisert behandling ved OUS
primær leverkreft	0	Få pasienter, går ofte rett til OUS	Sentralisert behandling ved OUS
hode- halskreft	37	Få pasienter	Sentralisert utredning og behandling ved OUS
lymfom	39		Sentralisert utredning ved OUS
nyrekreft	83		
livmorkreft	76		
eggstokkreft	79		
livmorhalskreft	71		
sarkom	100	Kun 1 pasient registrert	Sentralisert utredning og behandling ved OUS

Av andre tiltak kan nevnes:

- Kreftpakkekoordinator med klar oppgavetildeling
- Pasientforløp skal være oppdaterte til enhver tid
- Deltar i «Forum for pakkeforløp»
- MDT-møter hver 14 dag, tett samarbeid med OU
- Innført robotkirurgi
- MR-kapasitet er øket ved utvidede åpningstider fra kl. 21 til kl. 22, samt å ha åpent på søndager og alle røde dager. Dette gjør at SØ i all hovedsak innfrir pakkeforløpsnormene for MR.

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

#### 3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

*• Det skal være høyere vekst i aktivitet og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på helseforetaksnivå. Veksten måles som prosentvis større økning i kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold).*

*• Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern.*

Innen somatisk virksomhet har det vært en nedgang i aktiviteten målt i DRG-poeng på 3,3 % i 2020. Samlet for psykisk helsevern og TSB har veksten i DRG-poeng vært 1,2 %. Innen psykisk helsevern og TSB måles aktiviteten i DRG-poeng kun for polikliniske pasienter mens det for somatikk også beregnes DRG-poeng for innlagte pasienter.

Når det gjelder kostnader og prioriteringsregelen i 2020 er tallene følgende: Somatikk: +6,6 %, VOP +7,5 %, BUP +4,6 % og TSB -1,1 %. SØ oppfylder dermed ikke prioriteringsregelen for BUP og TSB. Mye av årsaken til dette er at kostnadene innen somatikk har økt mye grunnet koronapandemien.

Tiltak:

- Tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk- og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Gjennomført ulike prosessforbedringer og implementert tiltak for å oppnå sentrale målkrav generelt, og sikre kvalitet og effektivitet i de pasientadministrative polikliniske pasientforløpene inkl. ventetid, eksempelvis:
  - Prioriteringskurs for medarbeidere (merkantile/nye behandlere) i regi av DPS Nordre Østfold
  - Samhandlingsprosjekt mellom BUPP Moss og kommunehelsetjenesten mtp. mer effektivt samarbeid mellom henviser og spesialisthelsetjenesten (reduere avslagsprosent) *Prosjekt samhandling før henvisning.*
  - Prosjekt for å sikre effektivitet i pasientforløpet ved DPS Fredrikstad. *Fra kapasitetsstyrt til kvalitetsstyrt pasientforløp.*
  - Prosjekt for kompetanseoverføring mellom DPS Nordre Østfold (Moss) i samarbeid med fastleger i Moss: *Fastlegkurs i Moss.*

- Fortløpende hatt fokus på og tilrettelagt for forbedringstiltak i ulike enheter i klinikken med tanke på:
  - Mer effektiv bruk av ressurser/frigjøring av ressurser til poliklinisk arbeide
  - Bedre utnyttelse av tilgjengelige verktøy som finnes for å redusere ventetid og fristbrudd
  - Opplæring i registrering av aktivitet, samt ryddig i ventelister
  - Å kunne øke omfang av strukturerte dagtilbud
  - Arbeidsform i ambulant akutteam
  - Bruk av telefon- og videokonsultasjon som erstatning for fysisk oppmøte som konsultasjonsform
  - Utredet mulighet for å kunne tilrettelegge for egnet kommunikasjonsplattform for digital gruppebehandling.

### 3.2.2 Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern og TSB

• I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne.

• I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 37 dager for psykisk helsevern barn og unge.

• I 2020 skal gjennomsnittlig ventetid, målt som årlig gjennomsnitt, være lavere enn 30 dager for TSB.

Gjennomsnittlig ventetid for 2020 er: VOP: 56 dager, BUP: 51 dager, TSB: 22 dager.

*Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern voksne:*

Gj. snitt avviklede: 56

Gj. snitt ventende: 47

*Gjennomsnittlig ventetid for psykisk helsevern barn og unge:*

Gj. snitt avviklede: 50

Gj. snitt ventende: 36

*Gjennomsnittlig ventetid for TSB:*

Gj. snitt avviklede: 22

Gj. snitt ventende: 19

Tiltak:

- Tilrettelagt for månedlig oppfølging av sentrale måleparametere på klinikk- og avdelingsnivå iht. måltavle mht. aktivitet, ventetid, fristbrudd, avslagsprosent etc. og kontinuerlig iverksetting av eventuelle forbedringstiltak.
- Gjennomført ulike prosessforbedringer og implementert tiltak for å oppnå sentrale målkrav generelt, og sikre kvalitet og effektivitet i de pasientadministrative polikliniske pasientforløpene inkl. ventetid, eksempelvis:
  - Prioriteringskurs for medarbeidere (merkantile/nye behandlere) i regi av DPS Nordre Østfold

- Samhandlingsprosjekt mellom BUPP Moss og kommunehelsetjenesten mtp. mer effektivt samarbeid mellom henviser og spesialisthelsetjenesten (reduere avslagsprosent). *Prosjekt samhandling før henvisning.*
- Prosjekt for å sikre effektivitet i pasientforløpet ved DPS Fredrikstad. *Fra kapasitetsstyrt til kvalitetsstyrt pasientforløp.*
- Prosjekt for kompetanseoverføring mellom DPS Nordre Østfold (Moss) i samarbeid med fastleger i Moss: *Fastlegkurs i Moss.*
- Fortløpende hatt fokus på og tilrettelagt for forbedringstiltak i ulike enheter i klinikken med tanke på:
  - Mer effektiv bruk av ressurser/frigjøring av ressurser til poliklinisk arbeide
  - Bedre utnyttelse av tilgjengelige verktøy som finnes for å redusere ventetid og fristbrudd
  - Opplæring i registrering av aktivitet, samt ryddig i ventelister
  - Å kunne øke omfang av strukturerte dagtilbud
  - Arbeidsform i ambulant akutteam
  - Bruk av telefon- og videokonsultasjon som erstatning for fysisk oppmøte som konsultasjonsform
  - Utredet mulighet for å kunne tilrettelegge for egnet kommunikasjonsplattform for digital gruppebehandling.

### 3.2.3 Pakkeforløp psykisk helsevern og TSB

● *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne skal være minst 80 prosent.*

● *Andel pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 prosent.*

● *Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid fra avsluttet avrusning til påbegynt behandling TSB i døgnenhet skal være minst 60 prosent.*

*Gjennomført innen forløpstid:*

BUP: 50 %

PHV: 62 %

TSB: 77 %

*Første Evaluering innen fristen:*

BUP: 53 %

PHV: 42 %

TSB: 36 %

Tiltak:

- Etablert mer effektive oppfølgingsrutiner på systemnivå i klinikken.
- Kontinuerlig oppfølging av status mtp. behov for forbedringstiltak
- Gjennomført opplæring og implementering av monitoreringsverktøy
- Gjennomført anskaffelsesprosess av CheckWare.
- Etablert faggruppe CheckWare som har gjennomført omfattende rydding i type og omfang av psykologiske tester og utarbeidet plan for opplæring og implementere tilbakemeldingsverktøy (CheckWare)

- Har utviklet et monitoreringsverktøy som viser daglige oppdaterte pasientlister til behandler, merkantile og seksjonsleder med oversikt over hvilke pakkeforløpskoder som er satt og hvilke frister som er aktuelle. Det er påbegynt et arbeid med å få på plass en ny oppdatert versjon i samarbeid med analyseavdelingen. Denne forventes å være på plass i 2021.

Det har fra oppstart vært noen utfordringer vedrørende rapportering og det har i perioden vært endringer i definisjoner. Dette har medført noe avvik mellom intern og ekstern rapportering. Løsning skal nå være på plass.

- *Det vises til SINTEFs første rapport for evaluering av pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Helseforetakene skal legge funnene i rapporten til grunn for videreutvikling av arbeidet med registrering og tekniske løsninger knyttet til pakkeforløpene. Helseforetakene skal også sørge for at brukerrepresentanter og erfaringskonsulenter involveres i forbedringsarbeidet og implementeringen av pakkeforløpene.*

Rapporten ble mottatt mars 2020.

Tiltak:

- Rapport fra SINTEF er gjennomgått 28.10.20.
- Det er gjennomført møter med brukerutvalget SØ og brukerråd ved DPS der evalueringsrapport fra SINTEF og status ved eget foretak ble lagt til grunn for diskusjon om forbedringstiltak.

Det forventes at målet er nådd i 2021.

### 3.2.4 Henvisninger og epikrise i psykisk helsevern og TSB

- *Minst 50 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern og TSB.*

Måltall psykisk helsevern og TSB: *Andel epikriser sendt innen 1 dag 50 %:*

Resultat per november:

PHV: 50 %

TSB: 90 %.

Tiltak: Månedlig oppfølging av resultat og oppfølging av enheter/behandlere ved avvik.

- *Avvisningsrater ved poliklinikkene i psykisk helsevern skal reduseres.*

Det har vært en liten nedgang i avvisningsraten innen BUP, men en økning innen PHV.

	2019	2020
PHV	18,5 %	25,1 %
BUP	26,5 %	25,5 %

Det er relativt store ulikheter mellom de ulike poliklinikkene som i noen grad skyldes interne forhold i poliklinikken og ulike problemstillinger og arbeidsform i opptaksområde.

Samarbeidsprosjekter med kommunene har blitt begrenset grunnet pandemien.

Tiltak:

- Avslagsraten følges opp kontinuerlig gjennom mnd. monitorering mtp. å tidlig fange opp behov for forsterkede tiltak.
- Det iverksett ulike lokale tiltak for å oppnå så lav avslagsprosent som mulig.
- Det vises for øvrig til tiltak under punktet aktivitet.

### 3.2.5 Tvangsbruk psykisk helsevern

- |  |
|--|
| • <i>Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i døgnbehandling i psykisk helsevern skal reduseres i 2020 sammenlignet med 2019.</i> |
|--|

Det finnes foreløpig ingen offisielle rapporter for denne spesielle indikatoren for hele 2020 (sist oppdatert for 2. tertial 2020). Interne tall viser til en svak reduksjon av bruk av tvangsmidler i 2020 sammenlignet med 2019:

Profil i tvangsbruk:

Paragraf	2019	2020
§4-8a Vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler	192	148
§4-8b Vedtak om bruk av isolasjon	0	3
§4-8c Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler	68	70
§4-8d Kortvarig fastholding	285	252

En tverrfaglig og bredt sammensatt arbeidsgruppe har arbeidet systematisk med forbedringstiltak knyttet til samtlige hovedpunkter/anbefalinger i *Regional rapport om reduksjon i bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i HSØ 2019*. Arbeidet har inkludert alle seksjoner i klinikken som er hjemlet for bruk av tvang. Følgende tiltak er gjennomført:

- Utarbeidet flere nye og sentrale prosedyrer og retningslinjer.
- Utarbeidet nye husordensregler og infoskriv.
- Utarbeidet mal og retningslinje for registrering av vedtak.
  - Utarbeidet nye prosedyrer og mal i Dips for registrering og gjennomføring av ettersamtaler.
- Utviklet en App som er tilgjengelig på intranett for fortløpende å sikre mulighet for monitorering av tvangsmiddelvedtak på alle nivå i klinikken.
- Tilrettelagt for en ordning hvor ansvarshavende i seksjonen kan fatte vedtak etter §4-8 ved bruk av unntaksregelen.
- Gjennomført dialogmøte med ressursgruppe i HSØ, og deltatt i regional oppfølging

- Tre seksjoner har blitt revidert av konsernrevisjon HSØ. Sluttrapport foreligger ikke.
- DPS har gjennomført møter med kommunale samarbeidspartnere der bruk av tvang har inngått som tema.

### 3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

#### 3.3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helseforetaket skal rapportere på etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring innen 1. september 2020, herunder hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt.*

Prosedyre for ledelsens gjennomgang (LGG) er revidert. LGG gjennomføres to ganger per år som en vurdering av om SØ oppnår ønskede mål og resultater i henhold til Oppdrag og bestilling. Årlig gjennomgang og vurdering av om styringssystemene fungerer etter hensikten, om forbedringsarbeidet har effekt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten, om rapporteringen er pålitelig, og om risikostyringen fungerer.

#### 3.3.2 Pasientsikkerhet

- *Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres sammenliknet med 2019.*

Resultatet for andel somatiske pasientopphold med pasientskade målt med GTT er redusert med 1,3 prosentpoeng fra 12,1 % til 10,8 %.

#### 3.3.3 Legemidler

- *Helseforetaket skal i samarbeide med det regionale helseforetaket og Sykehusapotekene HF sørge for en gjennomgang av legemiddelberedskap i helseforetakene for å sikre at beredskapsavtalene mellom helseforetak og Sykehusapotekene HF er tilstrekkelig robust for å møte et økende antall situasjoner med legemiddelmangel.*

SØ deltar i et aktivt og kontinuerlig samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt når det gjelder bruk, beredskap og forsyning av legemidler. Det er oppdaterte beredskapsplaner for legemiddelberedskap som er utarbeidet i samarbeid med sykehusapoteket.

#### 3.3.4 Bruk av bredspektrede antibiotika

- *Samlet forbruk av bredspektrede antibiotika skal reduseres med 30 prosent i 2020 sammenliknet med 2012, målt som disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. 2020 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden.*



Ansvar for antibiotikastyring er lagt til smittevern avdelingen, som hele dette året har hatt hendene fulle med koronarelatert aktivitet. Koronapasienter har i SØ vært overbehandlet med bredspektrede antibiotika, noe som har vært vanskelig å påvirke siden sykdommen var ny og ukjent. Likevel viser tall fra Nasjonalt kompetansesenter (KAS) at økningen i bredspektrede antibiotika ved SØ bare økte med 0,3 DDD / 100 LD, fra 16,97 i 2019 til 17,3 per 2. tertial 2020. SØ er det eneste helseforetaket i Helse Sør-Øst som i 2019 nådde målet om 30 % reduksjon og vi ligger fortsatt bare hårfint under 30 %. Vi håper på et bedre år for kampen mot antibiotikaoverforbruk i 2021.

### 3.3.5 Korridorpasienter

- *Det skal ikke være korridorpasienter.*

SØ har hatt en betydelig reduksjon i andel korridorpasienter, med en reduksjon fra 2,06 i 2019 til 0,53 % i 2020.

Handlingsplan for overbelegg er revidert og tiltakene er iverksatt. I tillegg er det iverksatt planer for høy aktivitet ved somatisk akuttmottak og døgnområder. Plan ved høy aktivitet i akuttmottak er revidert som følge av endret pasientflyt gjennom pandemien.

Reduksjonen i andel korridorpasienter har også sammenheng med pandemien, gjennom en betydelig redusert tilstrømning av akuttpasienter på våren, og noe reduksjon i elektiv virksomhet i samme periode.

Eksempler på tiltak:

- Kapasitetsmøter alle ukedager
- Gjennomgang av langliggere over 7 dager
- Fokus på liggetid
- Tiltaksplan ved overbelegg
- Prosedyre «Trygg utskrivelse»
- Som en midlertidig løsning er antall tomannsrom i februar 2020 øket med 23 til totalt 47 rom.
- Tett dialog med kommunehelsetjenesten – PLO-meldinger. Fokus på rutine og avviksmeldinger fra kommunene har ført til forbedring. Antall utskrivningsklare pasienter har gått ned.

### 3.3.6 Tjenestetilbud til fødende

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med kommunene, få på plass følgetjeneste for gravide og fødende i tråd med Helsedirektoratets nasjonale veileder Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Veilederen legger til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktberedskap og følgetjeneste der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Dette er en veiledende grense og må beregnes ut fra faktisk bosettingsmønster, ikke beliggenhet av kommunesenteret.*

Det er ikke etablert et samarbeid med kommunen vedrørende følgetjeneste for gravide og fødende. Dette på bakgrunn av at det ikke er så mye som halvannen times reisevei til

Sykehuset Østfold i vårt opptaksområde. SØ har derimot bidratt med følgetjeneste av jordmor der hvor det har vært vurdert nødvendig.

- *Helseforetaket skal følge opp kompetanse- og ressursbehov dokumentert i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem» i utvikling av fødetilbudet.*

SØ har innmeldt et behov for økt jordmorbemanning på bakgrunn av økt andel risikogravide og krevende oppfølging av gravide og fødende. SØ har også økt antall utdanningsstillinger for jordmødre.

I tillegg er det nå nye oppdrag vedrørende tidlig ultralyd og overtidsvurderinger som krever mer bemanning. Oppstart 2021. Klinikken har startet arbeidet med å forberede dette.

Klinikken har risikovurdert dagens bemanning og vurdert den som kritisk sett opp kompleksiteten og tjenestetilbudet til de fødende.

Det er behov for å øke antallet spesialister og jordmødre.

### 3.3.7 Diagnosespesifikke behandlingstilbud

- *I oppdragsdokumentet for 2020 har de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest, fått et felles oppdrag om å utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte nasjonal iverksetting i 2020. Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet med å innføre ParkinsonNet i Helse Sør-Øst i samarbeid med de øvrige helseforetakene. Arbeidet videreføres i Oslo og Rogaland. Plan for ytterligere innføring av ParkinsonNet i de fire helseregionene skal utarbeides innen utgangen av 2020. Det skal tas sikte på å innføre modellen i flere helseforetak innen 30. juni 2021.*

SØ har deltatt i møte med OUS for ParkinsonNet. Etter dette må det lages en lokal strategi for implementering (organisering av kurs). Et samarbeidsprosjekt med OUS må etableres for å styrke ressurser til utvikling.

- *Helseforetakene skal samarbeide om å etablere netthinnescreening for diabetisk retinopati, ref. anbefalt program for regelmessige netthinneundersøkelser for diabetisk retinopati (2018). Oslo universitetssykehus HF skal lede arbeidet.*

SØ har i mange år hatt et godt opplegg for screening av diabetespasienter/netthinnescreening. Ventetiden for disse pasientene er nå litt mer enn ønskelig, men innenfor det som er forsvarlig. Innen 2021 forventes det at disse pasientene vil få time innen ønsket tidspunkt.

### 3.3.8 Helse- og arbeidsrettede tiltak

- *Sykehuset Østfold HF skal, for å sikre tilstrekkelig aktivitet i tilbudet, inngå avtale med Sunnaas sykehus HF om kjøp av arbeidsrettede, poliklinisk tilbud for muskel/skjelettlidelser.*

SØ er i gang med å inngå avtale med Sunnaas sykehus for to år, inntil vi har opparbeidet eget tilbud til disse pasientene.

- *Sykehuset Østfold HF skal, for å sikre tilstrekkelig aktivitet i tilbudet, inngå avtale med Lovisenberg Diakonale Sykehus om kjøp av arbeidsrettede, polikliniske tilbud for angst/depresjon.*

Det er ikke inngått avtaler om kjøp av tilbud innen helse- og arbeidsrettede tiltak da det vurderes at SØ har kapasitet til å ivareta dette tilbudet selv.

### 3.3.9 Pasienttransport

- *Helseforetaket skal sikre at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov tilbys ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem. Et slikt ønske skal dokumenteres.*

Rutiner for å unngå transport av pasienter på natt er etablert. Rutiner er også formalisert i samarbeidsavtalene med kommunene. Inneliggende pasienter skal ikke transporteres i tidsrommet kl. 23-07, med mindre pasienter ønsker det, eller situasjonen er ekstraordinær.

### 3.3.10 Samarbeid med fastleger og kommuner

- *Helseforetaket skal påse at fastlegene ikke brukes til administrativt arbeid som naturlig bør tilligge sykehusene. Dette gjelder blant annet følgende administrative oppgaver:*
  - *Videre henvisning til undersøkelser og kontroller basert på funn og vurderinger gjort av spesialisthelsetjenesten.*
  - *Rekvisisjoner på bildediagnostikk eller laboratorieanalyser som ledd i sykehusets vurderinger.*
  - *Rekvirering av pasientreiser til og fra undersøkelser i sykehus.*
  - *Sykemeldinger for sykehusopphold og den første tiden etterpå, frem til neste kontroll hos fastlege eller ny vurdering hos spesialist, hvis det er indikasjon for det.*
  - *Resept på nye legemidler, ved endret dosering og ved skifte av legemidler. Vanskelig tilgjengelige medikamenter gis med ved utskrivning for de første dagene.*

*Legeforeningens «Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus» bør legges til grunn for samarbeidet med fastlegene.*

«Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus for sykehusområdet Sykehuset Østfold» ble utarbeidet av Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) i 2017, vedtatt av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og tatt i bruk fra 2018.

Punktene i Oppdrag og bestilling er inkludert her. Anbefalingene blir med jevne mellomrom sendt ut til alle sykehusets klinikker og til fastlegene i forbindelse med referater fra SUFF.

Vårt elektroniske avviksmeldingssystem i Fastlegeportalen henviser til punktene i *Anbefalingene* slik at det er enkelt å knytte avvikene til disse. På den måten kan vi følge etterlevelse av *Anbefalingene*.

Antall avvik vedrørende *administrative oppgaver* ble halvert fra 2018 til 2019. Også i 2020 er det en ytterligere reduksjon i slike avvik. Covid-19 har bidratt til færre avviksmeldinger både mellom kommuner og SØ og mellom fastleger og SØ, men prosentvis er det likevel nedgang vedrørende avvik pga. *administrative oppgaver*.

- *Helseforetaket skal etablere en ordning for ALIS' (leger i spesialisering i allmennmedisin) sykehuspraksis for å oppnå fastsatte læringsmål. Det forutsettes ikke opprettelse av egne stillinger, og det bes om at tilgjengelige ressurser benyttes. Avvikling av sykehuspraksis skal avtales med samarbeidende kommuner.*

Et underutvalg, nedsatt av Helsefellesskapet, med representanter fra de ulike kommunene, sykehuset og fastlegene har laget en anbefaling om dette samarbeidet og et forslag til samarbeidsavtale.

Saken skal til beslutning i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) våren 2021.

### 3.3.11 Epikriser somatikk

- *Minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.*

Andel sendt innen 1 dag for er 60 %.

Det er igangsatt tiltak for å øke andelen innen alle somatiske klinikker. Det beskrives at det oppfattes som krevende å nå målet pga. behov for høy kvalitet i epikrisene. Det forventes effekt på epikrisetiden ved innføring av talegjenkjenning (planlagt oppstart i 2021 med plan om innføring i løpet av 5 år til 95 % dekning.) Resultatutvikling følges i månedlige oppfølgingsmøter og noen av fagområdene har oppnådd målet.

### 3.3.12 Beredskap og sikkerhet

- *Helseforetaket skal følge opp nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2019.*

- *Helseforetaket skal videreutvikle beredskapen i tråd med Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer, og implementere Handlingsplan for et bedre smittevern.*

*Nasjonal risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2019:* Rapporten er gjennomgått, gjennomført separate arbeidsmøter på hvert risikoområde med ansvarlige og klinisk personell. Risikovurderingene på hvert enkelt område er dokumentert i Risikoanalyseverktøyet. Tiltak i etterkant: En del risikoreduserende tiltak er iverksatt på bakgrunn av dette arbeidet, men planverket dekker allerede de fleste sårbarhetene.

Behov for en del mindre tiltak ble avdekket og er i prosess.

*Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlig smittsomme sykdommer, og implementere Handlingsplan for et bedre smittevern:* Revisjon av Planverk for Infeksjon og Pandemi var i prosess allerede før covid-19 utbrudd. Pågående pandemi fremskyndet denne prosessen sterkt. I løpet av første halvår er tiltak implementert, og et stort arbeid med planverket er gjennomført. Sykehuset er derfor nå godt rustet for fortsatt pandemi. Det er opprettet eget vaksinasjonsutvalg etter retningslinjer, og planer for prioritering er ferdigstilt, og planer for praktisk gjennomføring utvikles videre fortløpende. Detaljerte planer for høyrisikosmitte er på plass. Øvelse sammen med CBRNE-senteret gjennomført i 2018/2019 medførte en grundig revisjon av disse planene sammen med OUS, også helt opp til 2020. Eget varslingsystem for mottak av høyrisikosmitte-pasienter er etablert i 2020.

### 3.3.13 Kompetansekartlegging og -utvikling

- *Alle akuttstusykehus skal ha breddekompetanse innenfor behandling av eldre, og alle store akuttstusykehus skal ha spesialist i geriatri.*

Klinikk for medisin har 5 spesialister i geriatri og en LIS-3 kandidat.

På sykepleiersiden er 1 ferdig utdannet og 2 utdannes for tiden, i litt forskjellige løp. I tillegg holder 1 sykepleier på med en master i avansert geriatrisk sykepleie.

### 3.3.14 Lærlinger

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante økes i løpet av planperioden 2020–2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden.*

- *I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan skal det opprettes et opplæringskontor for helsefaglærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.*

- **Oversikt over lærlinger**

Fag	Oppstart 2019	Oppstart 2020	Lærling i avbrudd	Lærlinger pr. 17.12.2020
Ambulansearbeiderfaget	15	15	1	31
Helsearbeiderfaget	14	16		30
Institusjonskokkfaget		1		1
Logistikkfaget		1		1
<b>Totalt</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>63</b>

Det har vært ønske om inntak i portørfaget gjennom flere år. Intervjuer er avholdt for inntak i 2020, men SØ avventer inntak av ny lærling i år også. Opplæringskontor for offentlig sektor (OKOS) har gitt teknisk avdeling informasjon om byggdrifterfaget for vurdering av lærling i dette faget.

- **Opplæringskontor**

Sykehuset samarbeider godt med OKOS, men vil vurdere å opprette et eget opplæringskontor. En arbeidsgruppe er nedsatt, men arbeidet ble utsatt grunnet koronasituasjonen.

### 3.3.15 Regjeringens inkluderingsdugnad

• *Helseforetaket skal samarbeide med det regionale helseforetaket om å iverksette felles overordnet plan, herunder gi innspill til hensiktsmessige tiltak og rapporteringsrutiner. Helseforetakene skal rapportere på status for sitt arbeid med inkluderende rekruttering i årlig melding 2020, mens ny frist for sluttrapportering for lokale forsøk/piloter settes til 1. mai 2021.*

• *Helseforetaket skal vurdere hensiktsmessige virkemidler, herunder vurdere å ta i bruk trainee-ordninger i arbeidet med å nå målene i inkluderingsdugnaden.*

Sykehusledermøtet vedtok 04.02.20 å innlede et samarbeid med NAV arbeidslivssenter Øst-Viken, med den hensikt å implementere jobbkvalifiseringsprogrammet «Springbrettmetodikken» fra høsten 2020. Sykehuset Østfold har, etter flere samarbeidsmøter, inngått samarbeidsavtale med NAV-Øst Viken om å stille til disposisjon arbeidstreningsplasser for kandidater tilhørende lokale NAV-kontorer. Arbeidslivscoachene fra NAV arbeidslivssenter har sammen med seksjonsledere utarbeidet arbeidsbeskrivelser. Kandidatene har gått gjennom et 4 ukers forberedelseskurs, hvor de blant annet har besøkt SØ en av dagene. Det første kullet med 7 arbeidstreningsplasser fordelt på 5 enheter startet opp 01.11.20.

Det er også bestemt å ta i bruk mulighet for søkere i Webcruiter til å krysse av for «hull i CV» eller «nedsatt funksjonsevne». Prosedyre utarbeides nå for å beskrive hvordan lederne skal bruke denne informasjonen fra søkere. Igangsettelse februar 2021.

Bransjeprogrammet «Der skoen trykker» for helseforetakene er et av flere bransjeprogram som retter seg spesifikt inn mot de bransjene i arbeidslivet som har det høyeste sykefraværet. I bransjeprogrammet er alle parter i arbeidslivet representert. Sykehuset Østfold har i første omgang blitt bedt om å prioritere én enhet inn til programmet. Fra SØ er det døgnområde 2 - infeksjonsmedisin som er meldt inn.

### 3.3.16 IKT-utvikling og digitalisering

• *Helseforetakene skal gjennomføre tiltak som har dokumentert effekt på kapasitetsutnyttelse og unødvendig venting innen poliklinisk behandling. Det legges til grunn at disse tiltakene gjennomføres for all poliklinisk behandling, med mindre særskilte forhold tilsier noe annet. Det tas et generelt forbehold om at beredskapsarbeidet kan forsinke eller forstyrre gjennomføringen av tiltakene.*

*Sykehuspartner HF skal understøtte helseforetakenes arbeid med implementering av tiltakene. Tiltakene skal bl.a. inkludere:*

- Innføring og bruk av digitale skjemaer og verktøy for å innhente nødvendig informasjon fra pasientene før oppmøte til time.*
- Ta i bruk video- og telefonkonsultasjoner med sikte på opprettholde omfanget av slike konsultasjoner etter hvert som aktiviteten normaliseres.*
- Fastsettelse av måltall på det enkelte helseforetak for bruk av digitale skjemaer, video- og telefonkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.*

SØ har i samarbeid med Sykehuspartner og CheckWare startet innføring av digitale skjemaer for psykisk helsevern. I første fase har SØ spesielt fokus på basiskartlegging og feedback. Første fase omfatter ca. 4000 pasienter, og leveranse av løsningen er planlagt Q2/21. Etter første fase planlegges det for å bredde løsningen ut til å omfatte hele psykisk helsevern/TSB. Når digitale skjemaer er etablert innen psykisk helsevern, vil SØ vurdere å utvide samarbeidet om digitale skjemaer med Sykehuspartner og CheckWare til også å omfatte somatikken. Dette arbeidet vil gjennomføres i samarbeid med andre helseforetak i regionen.

Gjennom innovasjonspartnerskapet «Nyskapende pasientforløp» utvikles det en løsning med funksjonalitet for skjema- og meldingsutveksling, målinger og varslinger til helsepersonell på avvikende registreringer, som fra og med desember 2020 benyttes i digital hjemmeoppfølging av kreftpasienter. Potensialet for skalering til andre pasientgrupper vurderes.

I tilknytning til HIMSS-prosjektet er det etablert et prosjekt som skal se på mulighetene for å strukturere data. I tillegg ønsker Sykehuset Østfold å delta i arbeidet HSØ igangsetter knyttet til strukturert journal.

Vedr. videokonsultasjoner er det tilrettelagt for 39 avdelinger i SØ, innen fagområdene, barne- og ungdomsklinikken, nyfødttintensiv, barne- og ungdomspsykiatri, DPS, poliklinikker i psykisk helsevern, RUS og avhengighetspoliklinikker, Kontrollkommisjonen, habilitering og døgnområder, infeksjon og poliklinikker i somatikken.

Bruk av videokonsultasjon i 2020:

- Antall telefonkonsultasjoner med egenandel: 61701 (13 %)
- Antall telefonkonsultasjoner uten egenandel: 11405 (2 %)
- Antall videokonsultasjoner 3471 (0,8 %)

Måltall: SØs virksomhetsstrategi 2021-2024: Øke bruk av videokonferanse og e-konsultasjoner (digital nettbasert konsultasjon) i kliniske avdelinger med 20-25 % innen 2022.

*• Helseforetaket må akseptere de bruksvilkårene som Sykehuspartner HF definerer for de tjenestene som helseforetaket bruker.*

*• Helseforetaket skal bidra aktivt til å sanere applikasjoner og på den måten bidra til overgangen til Windows 10 som operativsystem.*

*• Helseforetaket skal forelegge avvik fra regionale føringer knyttet til IKT for eget styre.*

• Hovedregelen er at IKT-utstyr skal være plassert i sentrale datarom og helseforetakene skal bidra til dette. Etablering av lokale datarom er å betrakte som avvik som skal forelegges styret, jf. at avvik fra regionale føringer knyttet til IKT skal forelegges eget styre. Dagens situasjon med desentraliserte datarom skal gjennomgås og tas stilling til. De lokale datarommene som skal bestå, skal holde et forsvarlig sikkerhetsnivå. Helseforetakene skal gjennomføre tiltak for dette.

• Helseforetakene skal sette av ressurser til å gjennomgå eksisterende IKT- avtaler i regionen for å avklare eierskap til og vilkår i den enkelte avtalen. Hovedregelen er at Sykehuspartner HF skal forvalte IKT-avtaler i Helse Sør-Øst.

• Helseforetaket skal sørge for at egne bestillinger til Sykehuspartner HF er prioritert innbyrdes og avstemt mot regionale føringer.

• Helseforetakene skal ikke bygge opp eller inneha intern IKT-kompetanse og -kapasitet som hører hjemme hos Sykehuspartner HF.

Sykehuset Østfold forholder seg til og følger de ovennevnte punkter. Sykehuset har påbegynt arbeid med å kartlegge alle kommunikasjonsrom, og vil i samarbeid med Sykehuspartner oppgradere de kommunikasjonsrom som har mangler i tiden fremover, for å sikre stabil og sikker drift.

### 3.3.17 Bygg og eiendom

• Sykehuset Østfold HF skal i 2020 kartlegge kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm og IKT.

HSØ hadde planlagt kartlegging av kritisk infrastruktur i helseforetakene (via systemverktøyet Multimap) i 2020. Dette ble pga. korona-pandemien ikke mulig å gjennomføre. Ny plan for kartlegging vil foreligge i 2021.

### 3.3.18 Samfunnsansvar

• Helseforetaket bes om å gjennomføre aktsomhetsvurderinger i tråd med anerkjente metoder for å identifisere og håndtere risikoen foretakets virksomhet påfører samfunn, mennesker, miljø og klima.

SØ oppfyller kravene i miljøledelsesstandarden ISO 14001. Denne dekker aktsomhetsvurderinger for miljø og klima. Risikovurderinger gjøres systematisk i forbindelse med mulige utfall som kan gi menneskelige konsekvenser. Sykehusinnkjøp HF har ansvar for samfunnskrav mht. etisk handel og miljø i nasjonale, regionale og lokale anskaffelser på vegne av sykehuset. De gjennomfører i tillegg kontroller av leverandører innen utvalgte områder for å sikre at etiske krav er ivaretatt.



### 3.3.19 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser

- *Riksrevisjonens undersøkelser skal følges opp. De siste undersøkelsene handler om årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester, samt bemanning av sykepleiere, jordmødre og andre spesialsykepleiere i helseforetakene. Det skal særlig legges vekt på å iverksette tiltak for å redusere bruken av deltid for sykepleiere uten spesialistutdanning og for jordmødre.*

Årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester:

Det har vært en gjennomgang innen utvalgte fagområder (ortopedi og nevrologi) for å vurdere om praksis er at like tilstander behandles på samme måte og i tråd med beste praksis. Gjennomgangen ble gjort av Konsernrevisjonen. Det ble startet arbeid med flere pasientforløp innen nevrologi, som fortsatt pågår. Innen ortopedi er det etablert pasientbehandling med mindre variasjon og i tråd med beste praksis. Det pågår arbeid med forbedring av praksis der kvalitetsindikatorerne varierer eller har resultat lavere enn Helse Sør-Øst

Bemanning av sykepleiere, jordmødre og andre spesialsykepleiere i helseforetakene: Pågår. Det er etablert en prosjektgruppe der tillitsvalgte er representert, som ser på bedre ressursstyring. Det er en økende bruk av kombinasjonsstillinger som tiltak, der intensjonen er å øke heltid for sykepleiere uten spesialistutdanning.

## 3.4 Tildeling av midler og krav til aktivitet

### 3.4.1 Økonomiske krav og rammer

- *Sykehuset Østfold HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode.*

- *Sykehuset Østfold HF skal i 2020 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

Pandemien har medført lavere pasientaktivitet og økte kostnader. Det vurderes at SØ har en drift som er tilpasset de midler som er stilt til rådighet når det justeres for økonomiske effekter av pandemien.

- *Årsresultat 2020 for Sykehuset Østfold HF kan være inntil -78 millioner kroner.*

SØ har et negativt regnskapsmessig resultat i 2020 på 4,5 mill. kroner. Det var budsjettet med et underskudd på 78 mill. kroner, det vil si et positivt avvik på 73,5 mill. kroner i forhold til budsjett. Bevilgede tilskudd til tiltak i forbindelse med pandemien overstiger faktiske kostnader i 2020. Ubrukte midler er overført til bruk i 2021 samt til fremtidige avskrivningskostnader for investeringer som er gjort i forbindelse med pandemien. Samlet beløp som er overført er 80 mill. kroner hvorav 43 mill. kroner gjelder investeringer.

Sammenlignet med 2019-resultatet har det vært en resultatforbedring på 102,5 mill. kroner. Forbedringen er en følge av reduserte rentekostnader og lavere lønnsoppgjør enn forutsatt i budsjettet.

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

Resultat for året og investeringsnivået er innenfor godkjent ramme for 2020.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2020 skal ikke benyttes til investeringer i 2020 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

Etablerte prinsipper for likviditetsstyring er fulgt vedrørende bruk av budsjettert resultat. SØ har ett pågående større prosjekt, Fredrikstadklinikken.

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

Gjennomførte ordinære investeringer er i henhold til årets budsjett. I tillegg er det investert ca. 50 mill. kroner til utstyr og ombygginger knyttet til covid-19.

### 3.4.2 Aktivitetskrav

- *Sykehuset Østfold HF skal i 2020 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.*

Aktiviteten har vært lavere enn plan for 2020 innen alle områder. Pandemien har medført redusert elektiv aktivitet i perioder og det har vært en lavere tilstrømning av ø-hjelpspasienter. Dette gjelder særlig i perioden mars-juli. Aktiviteten har nærmet seg plan mot slutten av året.

Innen somatisk virksomhet har det vært en nedgang i aktiviteten målt i DRG-poeng på 3,3 % i 2020. Samlet for psykisk helsevern og TSB har veksten i DRG-poeng vært 1,2 %. Innen psykisk helsevern og TSB måles aktiviteten i DRG-poeng kun for polikliniske pasienter mens det for somatikk også beregnes DRG-poeng for innlagte pasienter.

### 3.4.3 Håndtering av Covid-19

- *Foretaksmøtet ber helseforetakene om å:*
  - *legge konkrete planer for å møte en situasjon med behov som angitt i Folkehelseinstituttets risiko-, prognose- og responsanalyse datert 24. mars, inkludert det maksimale behovet som er angitt.*
  - *klargjøre hva som må til for å realisere en økning av intensivkapasiteten ut over det som er meldt inn, hvor stor denne kan være, hvor lenge den kan opprettholdes og når en slik økning eventuelt kan være på plass. Dette omfatter blant annet personalressurser, medisinsk utstyr og lokaler.*

- *vurdere om ressurser som i dag finnes utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å øke kapasiteten.*

*Oppdraget skal gjennomføres i samarbeid med Helse Sør-Øst RHF.*

*Det bes om foreløpig rapportering på status og mulig tiltak 1. april 2020. Endelig rapportering skal leveres innen 14. april 2020.*

Skaleringsplanen for SØ ble utarbeidet innen fastsatt frist og er oppdatert gjennom året.

- *Sykehuset Østfold HF skal fortsette arbeidet med å planlegge og forberede for et høyt antall intensivpasienter, i tråd med analyser gjennomført av Folkehelseinstituttet.*

Innenfor planens tre hovedområder areal, MTU og bemanning er status følgende:

Areal: Nødvendige omgjøring og utbedringer er gjennomført

MTU: Nødvendig utstyr er tilgjengelig

Bemanning: Dette er fortsatt vår største utfordring. Vi har i hovedsak de interne ressursene å benytte.

Tiltak: Alt tilgjengelig personell er identifisert. Opplæring gjennomføres i samsvar med behovet.

- *Sykehuset Østfold HF skal starte opptrapping til mer normalt drift.*

Med unntak av seks uker på våren, har SØ hatt full elektiv virksomhet gjennom pandemien. Øyeblikkelig hjelp-aktiviteten innen somatisk virksomhet ble gjennom våren redusert med ca. 20 %. Denne har gradvis økt gjennom pandemien, og ligger nå på ca. 6 % lavere enn normalt

Tiltak: Behovet for redusert aktivitet vurderes kontinuerlig i forhold til antall smittede i sykehuset og behovet for opplæring.

- *Sykehuset Østfold HF skal styrke samarbeid med kommunene for å håndtere covid-19-epidemien, herunder legge til rette for faste møtepunkter og så langt som mulig innrette samarbeidet i tråd med prinsippene for innføring av helsefelleskap.*

SØ etablerte i mars 2020 et Pandemiråd bestående av kommuneoverleger, fastleger, samhandlingssjef, smittevernoverlege og laboratorietjenesten ved SØ. Det har vært ukentlige møter siden mars for å samarbeide rundt håndtering av covid-19 pandemien. Det har vært temaer som testing og testkapasitet, hjemmebehandling og behandling på sykehjem, prioritering av pasienter og løpende problemstillinger. Pandemirådet rapportere til Samhandlingsutvalget og ledes av fagdirektør ved sykehuset.

- *Sykehuset Østfold HF skal ta i bruk digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling der det er mulig og melde behov for justeringer i nasjonale rammevilkår som raskt kan iverksettes til Helse Sør-Øst RHF. Dette gjelder blant annet ISF-ordningen, reguleringer, praktisk veiledning og nasjonale e-helsetiltak.*

SØ har etablert rutiner og mål for video- og telefonkonsultasjoner under pandemien og dette har vært i bruk siden april måned. I tillegg har vi et pågående innovasjons- partnerskapsprosjekt med hjemmeoppfølging av kreftpasienter. Dette er i klinisk utprøving i januar 2021.

- Sykehuset Østfold HF skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om å finne løsninger som bidrar til at flest mulig helsefagstudenter kan gjennomføre praksis. Det gjelder spesielt for utdanninger det er særlig behov for, eksempelvis utdanning i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie, samt bioingeniører. Alternative veiledningsformer skal vurderes.

Status:	Tiltak:
Sykehuset Østfold har tross pandemien stort sett ivaretatt antall studenter i praksis som avtalt med utdanningsinstitusjonene, med noen tiltak for enkelte utdanningsløp.	Våren 2020 utarbeidet SØ og Høgskolen i Østfold (HiØ) i samarbeid en beredskapsplan for gjennomføring av praksis i koronasituasjonen.
Alle sykepleiestudenter gjennomførte praksis, med noe tilpasning.	30 % av sykepleiestudentene gjennomførte 1. praksisperiode på egen arbeidsplass (april – juni).
Videreutdanningene i akutt-, anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleie gjennomførte praksis etter planen, med noe tilpasning for intensivstudentene.	Intensivstudentene fikk omgjort deler av praksisperioden i begynnelsen av pandemien til jobbpraksis (ca. to uker).
Bioingeniørstudenter gjennomførte praksis etter planen.	I tillegg bistod SØ med flere praksisplasser til 1. års studenter grunnet store utfordringer få praksisplasser i kommunene.
Videreutdanning i kreftsykepleie gjennomførte praksis etter planen, men unntak av en student som ble «tilbakekalt» til sin arbeidsplass.	
Masterstudenter i sykepleie til kronisk syke pasienter gjennomførte praksis etter planen.	
Jordmorstudenter, medisinstudenter, psykologistudenter, barnevernspedagogstudenter, vernepleierstudenter, ergoterapistudenter og studenter i sosialt arbeid gjennomførte praksis etter planen.	

Fagskolestudenter i logistikk- og service, barsel- og barnepleie gjennomført praksis etter planen, men studentene i psykisk helsearbeid og rusarbeid fikk avlyst praksis.	Praksis for psykisk helsearbeid ble forskjøvet og ble gjennomført høsten 2020.
Paramedisinstudenter. Ca. 30 av totalt 46 studenter har ikke fått gjennomført 5-dagers hospiteringspraksis høsten 2020.	Praksis er utsatt til uke 5, 2021.
4 av 12 radiografistudenter fikk utsatt praksisperioden.	Praksisperioden for 4 radiografistudenter ble gjennomført på høsten.
Fysioterapistudenter. Praksis for 4 studenter avlyst av SØ.	Fysioterapistudentene har fått alternativ praksis utenfor spesialisthelsetjenesten
Helsesekretærelever fra videregående skole. Praksis avlyst av SØ.	
Elever i helsefag fra videregående skole. Praksis avlyst av videregående skoler.	
Enhet for klinisk ernæring hadde praksisstudent i master i klinisk ernæring i 4 uker i jan/februar 2020.	

Alternative veiledningsformer skal vurderes:

Det har ikke vært nødvendig å benytte alternative veiledningsformer. Veiledning er gjennomført som vanlig i denne perioden, mens evalueringene og kontakten med skolene er gjort digitalt.

- *Legge til rette for økt testkapasitet både gjennom utvidet laboratoriekapasitet, bistand til kommunene når det gjelder prøvetaking ved behov.*

Høsten 2020 anskaffet SØ utstyr og økte bemanningen for å øke testkapasiteten. Vi utvidet kapasiteten fra 6 000 til 12 000 prøver i uken.

Ved overskridelse av max kapasitet er AHUS SØ sitt avlastningslaboratorium.

Tiltak: Teststasjonene i Østfold er teknisk koblet opp mot rekvireringsløsningen som er tilpasset AHUS.

- *Overordnede rammer for aktiviteten i Sykehuset Østfold HF i 2020 endres som følge av covid-19-epidemien.*

Det er etablert poliklinisk aktivitet utover ordinære åpningstider på flere områder i sykehuset. I tillegg har det vært gjennomført telefon- og videokonsultasjoner for å opprettholde aktiviteten der det er hensiktsmessig.

- *Sykehuset Østfold HF skal prioritere samarbeid med avtalespesialister om aktiviteten i avtalepraksis og inngå samarbeidsavtaler der dette ikke er etablert.*

SØ har samarbeidsavtaler med alle avtalespesialistene, bortsett fra hud da det ikke er tilsvarende fagområde på sykehuset. Dette etter avtale med HSØ. SØ har bistått avtalespesialistene med levering av nødvendig smittevernsutstyr og fordeling av pasienter for avlastning for sykehuset under pandemien.

### **3.5 Andre rapporteringer**

I dette kapitlet kan oppfølginger av styringsbudskap fra tidligere år og viktige områder som ikke direkte følger av styringsbudskapene for 2020 omtales. Kapitlet kan strykes dersom det ikke benyttes.

#### **3.5.1 Oppfølging av andre oppdrag**

I oppdrag og bestilling gjentas ikke styringsbudskap fra tidligere år uten at det er spesielle grunner eller eventuelt nye presiseringer i oppdraget. Det forventes at årlig melding inneholder en kort beskrivelse av status og fremdrift for styringsbudskap fra tidligere år som fortsatt er aktuelle for virksomheten. Dersom det ikke legges inn rapporteringer, kan underkapitlet fjernes.

#### **3.5.2 Andre forhold ved driften**

Virksomheten må selv vurdere om det er andre forhold enn de som er rapporteringspliktige som bør beskrives i årlig melding. Dette kan være forhold som er kommet opp i løpet av året gjennom styrets arbeid, spesielle prosjekter det er ønske om å trekke frem og lignende. Underkapitlet brukes bare dersom virksomheten selv ønsker å rapportere for forhold som ikke er beskrevet andre steder i årlig melding. Dersom det ikke legges inn rapporteringer, kan underkapitlet fjernes.

#### 4. Utviklingstrender og rammebetingelser

Det kan henvises til andre styregodkjente dokumenter for helseforetaket (økonomisk langtidsplan, plan for strategisk utvikling eller lignende) dersom disse inneholder dekkende beskrivelser av:

- utviklingen innenfor opptaksområdet
- økonomiske rammebetingelser
- personell og kompetanse
- bygningskapital - status og utfordringer

Det vises til *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2018-2035* vedtatt av styret i SØ 14.05.18 og *Økonomisk langtidsplan Sykehuset Østfold HF 2021-2024(40)* vedtatt av styret i SØ 26.05.20.

#### 5. Strategier og planer

Det forutsettes at virksomheten har gjennomført egne prosesser for utvikling av strategiske plandokumenter med forankring i regional utviklingsplan, som skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst RHF frem mot 2035. Det skal også her henvises til relevante styregodkjente dokumenter (helseforetakets utviklingsplan).

Det vises til *Virksomhetsstrategi Sykehuset Østfold HF 2020-2024* vedtatt av styret i SØ 26.05.20 og *Utviklingsplan Sykehuset Østfold 2018-2035* (jf. ovenfor).

## DEL IV: VEDLEGG

### **Vedlegg 1: ...**

Vedlegg brukes bare dersom det er behov for å legge ved nødvendige dokumenter for å supplere rapporteringer etc.

Dersom det ikke legges vedlegg til den årlige meldingen, kan hele Del IV fjernes.

Utkast - til Styremøte 23.02.21