

Oppdrag og bestilling 2024 - Halvårsrapport SØ

Det rapporteres også på oppdrag fra tidligere år som har blitt rapportert som *ikke nådd/delvis nådd* i Årlig melding, disse fremkommer på slutten av dokumentet.

For noen av oppdragene er status oppdatert per juli, per august eller det er lagt inn en kommentar for status primo september.

For mer utfyllende tekst – se [Oppdrag og bestilling 2024 – Sykehuset Østfold](#)

<p>1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Styrke psykisk helsevern og TSB slik at pasientene får rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp. Barn, unge og de med alvorlige og sammensatte lidelser er prioriterte grupper. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd</p> <p><u>Beskrivelse av status:</u> Foreløpig budsjett for 2025 inneholder prioritering av økning av antall døgnplasser for ungdom fra 14 år og yngre, og en utvidelse av tilbudet fra 5-døgn til 7-døgn. Dette utgjør en reell og viktig styrking for tilbudet til aldersgruppen.</p> <p>I tillegg ligger det inne forslag om styrking av BUP for å håndtere økt oppfølgingsansvar ovenfor barnevernsinstitusjoner i opptaksområde.</p> <p>For voksne med alvorlig psykisk lidelse ligger det inne forslag om styring av budsjettet med øremerkede midler til sikkerhetspsykiatri.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Styrke budsjettet i BUP for å utvide antall plasser i døgntilbudet til ungdom fra 14 år og unge, samt å utvide driftstiden fra 5-døgn til 7-døgn i uka.</p> <p>Styrke budsjettet i BUP for å øke ressursbruken til oppfølging av barn og unge som bor på barnevernsinstitusjoner i opptaksområdet.</p> <p>Styrke budsjettet med øremerkede midler for å skape et mer robust og bærekraftig sikkerhetspsykiatrisk tilbud.</p>
<p>1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Realveksten i kostnader innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn realveksten i de regionale helseforetakenes ordinære, frie driftsbevilgninger, jf. Prop. 1 S (2023–2024). Det innebærer at den nominelle kostnadsveksten skal være høyere enn 5,5 pst. (deflator 4,3 pst. pluss vekst i ordinære, frie driftsbevilgninger 1,2 pst.). 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Innenfor psykisk helsevern og rusbehandling er det forutsatt vekst i rammene for 2024. Området har gjennom flere år hatt store utfordringer med rekruttering av personell, og har dermed benyttet innleie via eksterne byrå. Dette har vært svært kostnadskrevende. Det er også i inneværende år stor innsats for å bedre og få mer effektiv ressursplanlegging, med mål om å redusere bruk av EFO. Det er ambisjoner om å få redusert kostnader og at området tilpasser seg de bevilgede rammer. Det er derfor en utfordring at det forventes realvekst tilsvarende frie driftsbevilgninger.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Handlingsplan for reduksjon av innleie. Regelmessig gjennomgang av arbeidstidsplanlegging med seksjonene.

1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

Mål 2024

- Den polikliniske aktiviteten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.

Status juni:

Målet er delvis nådd.

BUP og TSB har økning i antall polikliniske konsultasjoner sammenlignet med 2023. VOP har reduksjon.

Tall korrigert for TD93A, TD93B, TD95A, TD95B	Polikliniske konsultasjoner		
	Faktisk HIÅ 2023	Faktisk HIÅ 2024	Endring i %
VOP	30 851	27 076	-12,2 %
BUP	17 710	18 263	3,1 %
TSB	9 646	11 268	16,8 %

Tiltak/effekt:

Særlig oppfølging ved de seksjoner hvor aktiviteten er lav. Økt lederstøtte.

1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB

Mål 2024

- Døgnaktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenlignet med 2023.

Status juni:

Målet er delvis nådd.

VOP og TSB har en økning i antall utskrivninger tom mai, sett ift 2023. Det er imidlertid færre liggedager på TSB i 2024 enn i 2023 (kortere snitt liggetid)

	Utskrevne pasienter		
	Faktisk HIÅ 2023	Faktisk HIÅ 2024	Endring i %
VOP	1061	1 093	3,0 %
BUP	139	73	-47,5 %
TSB	267	270	1,1 %

	Antall liggedager		
	Faktisk HIÅ 2023	Faktisk HIÅ 2024	Endring i %
VOP	20 981	26 531	26,5 %
BUP	1 579	564	-64,3 %
TSB	4 956	4 400	-11,2 %

Tiltak/effekt:

Ingen spesielle tiltak.

<p>1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Døgncapaciteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2024 sammenliknet med 2023. Helseforetaket skal gi en halvårlig status for faktisk døgncapacitet i psykisk helsevern sett opp mot framskrevet behov. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Døgncapaciteten i psykisk helsevern har ikke økt i 2024 sammenlignet med 2023. I oktober 2023 økte antall senger på sykehusnivå med 10 senger, da det ble opprettet en ny akutt psykoseseksjon i psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>1.1 Behandlingstilbud psykisk helsevern og TSB</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenesteteteam forankret i psykisk helsevern barn og unge, med kompetanse innen psykisk helse og ruslidelser, og med bruk av eksisterende personell. Et helseteam kan betjene en eller flere barnevernsinstitusjoner. Teamene skal vurdere og tilby helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjonene og gi nødvendig veiledning til personellet ved institusjonen, jf. Barnevernsinstitusjonsutvalgets NOU 2023:24 «Med barnet hele veien». Tilbudene skal også ivareta behovene samiske barn og unge vil ha når det gjelder språklig og kulturell kompetanse. Teamene bør på egnet måte knytte til seg relevant personell fra kommunal helse- og omsorgstjenesten, og samarbeidet bør vurderes forankret i samarbeidsavtaler. Planlegging av slike tilbud bør også bygge på Helsedirektoratets gjennomgang og vurdering om bruk av ambulante helsetjenester, herunder FACT-Ung, rettet mot barn i barnevernet. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Dette er et stort økonomisk løft for BUP Østfold som har 60 institusjoner. Vi har derfor meldt behov for styrking i budsjettprosessen høsten 2024 til dette omfattende tiltaket. Inntil dette foreligger henvises barn i institusjon til poliklinisk oppfølging i BUP.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prioriteres i klinikkens innspill til investeringsbudsjett 2025. Etablert FACT-ung i Sarpsborg, Fredrikstad og Moss. I ferd med å etablere i Indre Østfold.
<p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakets system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd, sett ut fra resultatene fra ForBedring 2024.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Overordnede tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Obligatorisk innføring og opplæring av nye ledere i åpenhet/ meldekultur og saksbehandling i Synergi. E-læring åpenhet/meldekultur som introduksjon for alle medarbeidere. Journalgranskning med GTT gjennomføres tertialvis. <p>Eksempler på tiltak i klinikkene:</p> <ul style="list-style-type: none"> Forbedringsarbeid knyttet til uønskede hendelser er nedfelt i handlingsplaner Medarbeidere er flinke til å komme med forbedringsforslag og melder avvik i synergi

- Medarbeidere oppfordres til korrekt og aktiv bruk av Synergi
- Kvalitetsråd i klinikk og avdelingsvis
- Gjennomgang av synergisaker på personalmøter
- Gjennomgang av uønskede hendelser på overlegemøter
- Tas opp som tema i medarbeidersamtalen.
- Avvik deles i systemfeil og personlige feil, tiltak iverksettes der det er behov
- Grundig saksbehandling og tilbakemelding til melder er viktig
- Gjennomføre årsaks-/hendelsesanalyser ved alvorlige/større hendelser
- Egne møter med gjennomgang av uønskede hendelser og komplikasjoner foregår i flere avdelinger.
- Avvik med flere avdelinger involvert følges opp med de aktuelle avdelingene.
- Kirurgisk avdeling og avdeling for anestesileger har definert hvilke komplikasjoner som skal meldes i Synergi og avvik følges opp.
- Internt kvalitetsregister ble opprettet i 2023 for å ha oversikt over alle proteseinfeksjoner.
- Systematisk fokus i møtestruktur. Åpenhetskultur. Etterspørre og følge opp.
 - Effekt: større åpenhet og melding av uønskede hendelser.
 - Effekt: bedre resultat enn tidligere på avdelingenes score på Sikkerhetsklima
- #Råbra meldinger: En metode for å bli oppmerksom på og løfte frem gode prestasjoner, handlinger og løsninger med mål om å lære og forbedre arbeidet. Skal brukes av medarbeiderne.
 - Implementering av teknologiske verktøy på geriatrisk, endokrinologisk og nyremedisinsk avdeling, og infeksjonsavdelingen (døgn 2). Planlegger oppstart høst 2024.
 - Bruken av #Råbra kan motivere flere til å aktivt melde ifra om hendelser som kan skape en positiv meldekultur.
 - Innføring av #Råbra ved barne- og ungdomsklinikken og gynekologisk sengepost, har gitt flere tilbakemeldinger fra ansatte at dette er et bra tiltak som har positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.
- Meldesystemet kan være anonymt noe som kan øke tryggheten blant ansatte.
- Bistand fra kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen mht. standardisering og ytterligere forbedring av melderutiner/saksbehandlingsrutiner.
- Etablert «dashbord» i Synergi som gir avdelingssjef bedre oversikt og kontroll på avvik og forbedringsområder

Effekt – god meldekultur, læring for alle, økt kvalitet- og pas. sikkerhet, godt arbeidsmiljø

2.1 Bemanning og kompetanse

Mål 2024

- Helseforetaket skal øke kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning.

<p>Status juni:</p> <p>Målet er ikke nådd. Kunnskapen og fokuset på personellbesparende løsninger er etablert. Lite investeringsmidler er tilgjengelig, og regionale løsninger tar lang tid å endre. Stort fokus på brukernære tiltak som app'er i eget helseforetak.</p> <p>Forskningsavdelingen har påbegynt et arbeid for å øke kunnskap om og innføring av personellbesparende løsninger i tjenestene gjennom helsetjenesteforskning og implementeringsforskning gjennom sin satsning på maskinlæring.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansetter en utvikler til som skal bidra med utvikling av brukernære løsninger som app'er, automatisering av oppgaver og ulike prediksjoner. • Organisasjonsutvikling for å sikre at Teknologi og e-helse har riktig kompetanse for fremtiden. • Alle nye prosjekter og løsninger skal ha fokus på personellbesparende funksjoner. • Maskinlæring som satsningsområde: <ul style="list-style-type: none"> ○ De neste to årene vil forskning på maskinlæring være blant hovedprioriteringene til forskningsavdelingen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nøkkelpartneravtale med HiØ ble signert 27. mai 2024. Samarbeidsområder omfattet av avtalen inkluderer forskningssamarbeid, der SØ og HiØs kompetanse innen medisin og informasjonsteknologi for å utvikle nye maskinlæringsmetoder og kunstig intelligens-verktøy som kan komme klinisk praksis og helsetjenesten til gode. Vi vil jobbe sammen om innovasjonsprosjekter for å prøve ut nye produkter og tjenester, som applikasjoner og teknologisk utstyr, for å forbedre pasientbehandlingen og optimalisere behandlingsprosesser. Vi ønsker å samarbeide om å søke felles finansiering, etablere prosedyrer for sikker og effektiv utveksling av data for bruk i felles prosjekter, utdanning og opplæring og felles arrangementer. ▪ Det er i tillegg planlagt flere samlinger med fokus på maskinlæring. Deriblant vil årets forskningsseminar ha hovedfokus på hvordan man kan utnytte maskinlæring og kunstig intelligens innenfor forskning og helse. Forskningsseminaret er et viktig møtepunkt for forskere i regionen og en fin arena for å øke kunnskap og kompetanse hos ansatte.
<p>2.1 Bemanning og kompetanse</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall lærlinger i helsefagarbeiderfaget og andre lærefag som er relevante i sykehus, skal økes sammenlignet med 2023. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Antall lærlinger i helsearbeiderfaget er øket fra 32 i 2023 til 38 lærlinger våren 2024. Av disse tar 6 lærlinger fagbrev på jobb, de skal etter planen skal være ferdig våren 2024. Fra høsten 2024 har sykehuset 38 lærlinger i helsearbeiderfaget.</p> <p>Totalt har SØ 71 lærlinger våren 2024 og 75 lærlinger fra høsten 2024. Vi har lærlinger i 2024 innen ambulansesfag, ernæringskokkfaget, logistikkfaget og portør. Fra våren 2024 begynte i tillegg 2 lærlinger i renholdsoperatørfaget, ett nytt lærefag for SØ.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p><u>Effekt:</u> SØ rekrutterer fagarbeidere som er og vil være viktig arbeidskraft. Helsefagarbeidere som gjennomgår oppgavedelingsprogram eller videreutdanning på fagskolen bidrar med å avlaste sykepleiere.</p>
<p>2.1 Bemanning og kompetanse</p>	

<u>Mål 2024</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Antall utdanningsstillinger for sykepleiere innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie, samt jordmødre skal økes sammenlignet med 2023. 	
Status juni:	Tiltak/effekt
Målet er nådd. Antall utdanningsstillinger har økt med 6 stillinger fra 2023.	Effekt Tilfredsstillende rekruttering til spesialsykepleiestillinger, med unntak jordmor.
2.1 Bemanning og kompetanse <u>Annen oppgave 2024</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal kartlegge muligheter for kombinerte stillinger i samarbeid med kommuner, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse. 	
Status juni:	Tiltak/effekt:
Målet er ikke nådd. Svangerskap-, føde og barselomsorg: <ul style="list-style-type: none"> Arbeidet pågår. <ul style="list-style-type: none"> Det ble fremlagt sak i Faglig samarbeidsutvalg (FSU) 18.04.24 ift. kombinasjonsstillinger for jordmødre. I tillegg ble saken referert i Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) 24.05.24 hvor SØ minnet om saken og at kommunene følger opp slik at vi kan få til et samarbeid. Fredrikstad kommune har meldt sin interesse. Sarpsborg har trukket sin interesse. Moss er også interessert i et samarbeid. Psykisk helse: <ul style="list-style-type: none"> Arbeid ikke påbegynt. 	Svangerskap-, føde- og barselomsorg: Det har vært flere møter mellom Kvinneklinikken og samhandlingssjef for kommunene og samhandlingssjef i SØ for å finne best mulig tilnærming. Dette var egen sak i Faglig samarbeidsutvalg (FSU) i Helsefellesskapet 18.04.24, der to kommuner meldte seg for å utrede modeller sammen med SØ. Målet er å etablere et eller flere prosjekt hvor man utreder ulike modeller for kombinasjonsstillinger for jordmødre gjennom Helsefellesskapet. Psykisk helse: Ledermøtet i psykisk helsevern og rusbehandling skal ta stilling til hvem som skal lede arbeidet, når og på hvilken måte.
2.1 Bemanning og kompetanse <u>Annen oppgave 2024</u> Helseforetaket skal sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. Videreføring av Tørn-programmet skal understøtte og forsterke dette arbeidet.	
Status juni:	Tiltak/effekt:
Målet er nådd. Overordnet prosedyre for ansvar og oppgaver knyttet til oppgavedeling foreligger, her vektlegges både prosess og involvering av tillitsvalgte. Ressursgruppe oppgavedeling er etablert. Her deltar, i tillegg representanter fra klinikkene, tillitsvalgte og hovedverneombud. To avdelinger har deltatt i Tørn-programmet læringsnettverk oppgavedeling. En avdeling har fått innvilget prosjektmidler fra Tørn-programmet til prosjekt «FM-tjenester rundt pasienten». To nye	SØ deltar i regionalt nettverk og eget Tørn-prosjekt på akuttgeriatri - oppgavedeling med veiledere fra kvalitetsavdelingen og avdeling for prosess. Intern kartlegging som omhandler oppgavedeling er sendt alle aktuelle enheter. Når resultatene foreligger vil kompetanseavdelingen kontakte de enhetene som har/eller ser

<p>avdelinger har søkt og fått plass på det neste læringsnettverket. Flere enheter har bedt om bistand til å gjennomføre forbedringstiltak knyttet til oppgavedeling. Fag- og kompetanseavdelingen bistår disse enhetene.</p> <p>SØ har også i samarbeid med Fagskolen i Viken utviklet en ny videreutdanning for helsefagarbeidere i intensivpleie. Fra før har vi sammen utviklet to andre videreutdanninger for helsefagarbeidere; <i>medisinsk virksomhet og kirurgisk virksomhet</i>.</p>	<p>behov for oppgavedeling. Dette for å sikre god prosess iht. overordnet prosedyre, samt at de får bistand til å utarbeide kompetanseplaner.</p> <p>Muligheter til å søke på overførte Tørn-midler for lokale kvalitetsutviklingsprosjekter er publisert på intranett.</p> <p>Tema oppgavedeling er kontinuerlig oppe i fagutviklingsrådgivernetverket, i opplæring av ledere og i andre aktuelle møter.</p>
<p><i>2.1 Bemanning og kompetanse</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeid. Det er ønskelig å vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke heltid. <p>Det vises i denne sammenheng til rammeverk og avtale som er inngått i Vestre Viken HF med lokale parter. Helseforetakene skal vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger (f.eks. langvakter), og iverksette tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai.</p>	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Prehospital avdeling praktiserer i dag langvakter på alle seksjoner med 3. hver helg, på enkelte stasjoner er det kombinasjon med 3-delt. Dette fungerer godt og er en avdeling hvor vi har lyktes godt med å klare å forvalte «overtallsbemanning» på en god måte.</p>	<p>Det er etablert en arbeidsgruppe som jobber med «fremtidens arbeidstidsordninger for pleiepersonell» hvor langvakter er en del av det som er tema i dette arbeidet. Det gjøres nå en kartlegging over enheter det kan være aktuelt å pilotere langvakter og andre alternative løsninger ift. arbeidsplaner og arbeidstidsordninger.</p> <p>Det planlegges igangsettelse av prosjekt for å prøve ut langvakter for jordmødre og nyfødteintensiv i løpet av kort tid.</p>
<p><i>2.1 Bemanning og kompetanse</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sykefraværet ser ut til å ha festet seg på et urovekkende høyt nivå etter pandemien. Dette gjelder i alle regioner. Det er behov for forsterket innsats og økt oppmerksomhet for å redusere sykefraværet, hvilket også er av betydning for bemanningssituasjonen og innleiebehov. Helseforetaket skal forsterke arbeidet med sykefraværssinnsats og -oppfølging, med sikte på reduksjon i sykefravær sammenholdt med 2023. Det skal rapporteres på status i forbindelse med oppfølgingsmøtet i mai. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet med forsterket innsats er nådd.</p> <p>Det er igangsatt et betydelig arbeid i Program balansekraft.</p> <p>Det er fortsatt høyt sykefravær, både korttidsfravær og langtidsfravær.</p>	<p>For å forsterke arbeidet med sykefraværssinnsats og -oppfølging har SØ igangsatt et mobiliseringsprogram for å få flere til å gjennomføre bransjeprogrammet «tidlig og tett på».</p> <p>Programmet gjennomføres som klinikkvise dagssamlinger hvor ledere på alle nivåer er tilstede for å forberede seg på å gjennomføre bransjeprogrammet med egne ansatte som har hyppig og gjentatt korttidsfravær.</p>

	<p>De klinikkvise samlingene vil være foranlediget av analyse av seksjonenes og avdelingenes gjennomføringsevne for å plukke ut hvilke avdelinger og seksjoner som skal være med, samt sikre at det er ressurser til å gjennomføre programmet.</p> <p>Oppdatering primo september: De store klinikkene er i gang med programmet, men det er noe varierende fokus og aktivitet i gjennomføringen.</p>
<p><i>2.1 Bemanning og kompetanse</i></p> <p><i>Annen oppgave 2024</i></p> <p><i>· Helseforetaket skal forebygge vold og trusler mot helsepersonell i tråd med anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst om forebygging av vold og trusler mot ansatte</i></p>	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>Arbeidsmiljøutvalget (AMU) behandlet 09.04.24 sak 13-24 «Forebygging og håndtering av vold og trusler mot medarbeidere – oppfølging av styringskrav fra Helse Sør-Øst i Oppdrag og bestilling for SØ».</p> <p>I saksdokumentet vedlagt HSØ-rapport fremgår at SØ ivaretar alle 8 anbefalinger i rapport fra Helse Sør-Øst. Vurderingene er gjort av HMS-sjef i dialog med avdelingssjef somatisk akuttmottak, avdelingssjef psykiatrisk avdeling døgnområder, fagansvarlig vakt og sikring, avdelingssjef juridisk avdeling, hovedverneombud og representant for foretakstillitsvalgte. I AMUs vedtak fremgår «AMU bifaller vurderinger, etablerte og nye tiltak».</p>	<p>SØ har siden 2016 og spesielt 2017 med strengere regelverk i forskrift for utførelse av arbeid § 23A, søkt å gjøre det som er mulig iht. arbeidsmiljølovens § 4-3 (4) for å forebygge og forsvarlig håndtere vold og trusler mot våre medarbeidere. Arbeidsplassen skal være trygg, forsvarlig og helsefremmende. Trygge medarbeidere gir trygge pasienter. Tiltak er knyttet til informasjon, opplæring, forbedring av prosedyrer på foretaksnivå, taktisk/operativt samarbeid med politiet, temamøter med erfarings- og kunnskapsdeling på tvers av enheter, teknologiske tiltak og rådgivning ved risikovurderinger. I 2024 lages mal for risikovurdering basert på lov- og forskriftskrav og Arbeidstilsynets anbefalinger. Dette for å øke antall gjennomførte risikovurderinger med forebyggende tiltak gjennom brukervennlige verktøy. SØ vil kontinuerlig forbedre system, opplæring og rådgivning for å overholde lovkrav og HSØs styringskrav. Likevel viser utviklingen som i samfunnet generelt og erfaringer med SØs pasientgrupper spesielt, at uønskede vold- og trusselhendelser dessverre vil skje, noe vi har kommunisert til Arbeidstilsynet og de har akseptert. SØ har særskilt fokus på å unngå uønskede hendelser med alvorlig personskaade.</p>
<p><i>2.1 Bemanning og kompetanse</i></p> <p><i>Annen oppgave 2024</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Det er utfordringer med tilgang til personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommissjonen mener at konsekvenser for personellbehov og bemanningsmessige effekter må vurderes særskilt ved innføring av nye tiltak i helse- og omsorgstjenesten. I tråd med Helsepersonellkommissjonens anbefalinger vil regjeringen at det skal stilles krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Helseforetaket skal utrede personellkonsekvenser særskilt som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor eget ansvarsområde. Vurderingen bør inneholde personellkonsekvenser gitt dagens organisering og oppgavedeling, konsekvenser for forbruk og tilbud av andre typer helsetjenester, samt konsekvenser for utdanningskapasitet.</i> 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er delvis nådd.</p>	<p>Overordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal for saker til behandling i sykehusledermøtet er oppdatert med et eget vurderingspunkt om personellkonsekvenser som henviser til punktene i oppdraget. • Innføres som et eget punkt som skal verifiseres for alle nye prosjekter og løsninger ved at det implementeres som et eget sjekkpunkt for innovasjonsstyret, app-kontoret og porteføljestyret. • Personellbehov og bemanningsmessige effekter tas inn som eget punkt i plan og budsjettprosessen.

	<p>Det er stort fokus på og jobbes aktivt med oppgavedeling mellom ulike roller/yrkesgrupper for best mulig ressursutnyttelse, inkl. å benytte annet personell enn helsepersonell der dette er mulig.</p> <p>Eksempler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på effektivisering av drift og kompetansesammensetning og oppgavedeling i poliklinikkene, f.eks.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fysioterapeutene har de siste årene overtatt mange oppgaver fra klinikere, særlig utredning og kontroller ortopedi/rygg/m.m. ○ Fra lege til sykepleier, og fra sykepleier til helsefagarbeider. Intensivavdelingen har sett positiv effekt med helsefagarbeider på overvåkningen. ○ Ambulerende lungeteam – sykepleiere gjennomfører KOLS-kontroller. ○ Tuberkulosekoordinator (sykepleier) har overtatt nesten alle TB-konsultasjoner. ○ Sykepleiere på Ped Pol gjennomfører flere og flere selvstendig konsultasjoner som tidligere ble gjort av lege. ○ Jordmødre gjennomfører selvstendig fødepoliklinikk - kontroller som leger gjorde før ○ Sykepleiere på gyn. pol. gjennomfører selvstendig poliklinikk - forundersøkelser til aborter (fra 12.06.24), og urodynamisk poliklinikk. ○ Overføring av oppgaver fra lege til sykepleier på poliklinikk i klinikk for kvinne-barn. Barnepleier på barsel- og fødepoliklinikk har overtatt oppgaver fra jordmor. Sykepleiere på barsel, assistenter på føden for å frigjøre barnepleiere og jordmødre til pasientrettet arbeid. Assistenter i barne- og ungdomsklinikken gjør oppgaver som sykepleiere gjorde tidligere, barnepleier på NFI (melkebank) og ev. deltar i pleie/stell. ○ Prosjekt i revmatologisk avdeling om å ta helsesekretær inn i klinisk drift. ○ Sekretær tar blodprøver på lungepoliklinikken. ○ TØRN prosjektet ser på hvordan FM tjenesten kan jobbe i team med helsepersonell for å bedre bruk av ressurser. <p>Det jobbes videre med oppgavedeling mot andre yrkesgrupper som helsesekretærer, renholdspersonell, servicemedarbeidere.</p>
<p>2.1 Bemanning og kompetanse</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal, med utgangspunkt i antallet LIS2/3-stillinger i 2023, kartlegge og utarbeide en oversikt over behov for endringer i utdanningskapasitet (LIS-stillinger) for å dekke opp behovet for overleger for de ulike sykehusspesialitetene. Det skal utarbeides en plan som særskilt beskriver hvordan dekke behovet for tilstrekkelig antall LIS og overlegestillinger innenfor breddespesialitetene generell indremedisin og kirurgi. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd, dette er kartlagt og tilbakemelding er sendt til Helse Sør-Øst.</p> <p>I tilbakemeldingen ble det innledet med at årsakene til endringsbehov på utdanningsiden er sammensatte, og tilbakemeldingene er at det er vanskelig å tallfeste en eventuell endring i behovet for spesialister, ettersom mange spesialiteter allerede strever med å besette de overlegestillingene som finnes i dag. Det var derfor utfordrende å svare ut oppdraget ved kun å fylle ut excel-skjemaet som var mottatt fra HSØ og SØ har funnet det hensiktsmessig å gi en noe mer utfyllende beskrivelse for de enkelte spesialiteter i sykehuset i et svarbrev.</p> <p>Det ble i tilbakemeldingen svart ut status for utdannings- og personellbehov (overleger og LIS) for følgende fagområder: anesthesiologi, psykisk helsevern og rusbehandling, indremedisinske avdelinger (infeksjonssykdommer, lungesykdommer, fordøyelsessykdommer, akutt- og mottaksmedisin, hjertesykdommer, geriatri, nyresykdommer og endokrinologi., revmatologi, fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, kreftavdeling (onkologi, blodsykdommer),</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>

<p>kvinneklirikken, barne- og ungdomsklinikken, bildediagnostikk (radiologi, nukleærmedisin), laboratoriefag (medisinsk mikrobiologi, klinisk farmakologi, immunologi og transfusjonsmedisin, medisinsk biokjemi, patologi), ortopedisk kirurgi, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer, kirurgiske avdelinger (bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, urologisk kirurgi, karkirurgi, plastikkirurgi). Behovet for ivaretagelse av generalistkompetanse i indremedisin og i kirurgi ble spesielt kommentert.</p>	
<p><i>2.1 Bemanning og kompetanse</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene skal utarbeide skriftlig handlingsplan for hvordan en skal arbeide for å rekruttering og beholde personell innen psykisk helsevern. Planen skal særskilt omtale hvordan en skal øke og understøtte tilstrekkelig utdanningskapasitet (LIS3 stillinger) av spesialister innen VOP/BUP basert på framtidig framskrivninger. Tilbakemelding skal oversendes Helse Sør-Øst RHF innen 15. juni 2024. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>Vi opplever for eksempel flere søkere til utlyste psykologstillinger.</p> <p>Handlingsplan er utarbeidet og tiltak følges opp.</p>	<p>Utover tiltakene over jobbes det bredt med rekruttering, eksempelvis i form av: å lyse ut bredt i alle portaler, deltakelse rekrutteringsmesse utland, kjøp av rekrutteringstjeneste utland, kjøp av rekrutteringstjeneste innland, innføre og øke andelen tredelt rotasjon for LIS1, vurdere egenfinansiering av flere LIS1 med tredelt rotasjon, skape attraktive arbeidsplasser gjennom forskning/fagutvikling.</p>
<p><i>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p> <p>Helseforetaket skal videreføre antibiotikastydingsprogram med ledelsesforankring, overvåkning og rapportering om antibiotikabruk og -resistens, samt antibiotika-team.</p>	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er delvis nådd</p> <ul style="list-style-type: none"> Antibiotikastyding er sterkt ledelsesforankret, og har vært det i økende grad de siste 3 årene. Antibiotikateamet (AT) består av en infeksjonsmedisiner i 30% rådgiverstilling og en klinisk farmasøyt i 20% stilling. AT rapporterer status for bredspektret antibiotikaforbruk til ledelsen på møter i kvalitetsutvalget, og for all antibiotikabruk til alle medarbeidere i form av tertialvise rapporter på intranett. Regelmessige rapporter for resistensutvikling mangler, og må utvikles videre av mikrobiologisk avdeling som har superbrukere av lab.systemet, og analyseavdelingen med tilgangen til lab.dataene. Egne intranettsider gir mye nyttig informasjon og lenker til alle ansatte relatert til emner innen antibiotikastyding. 	<ul style="list-style-type: none"> Styringsprogrammet var sist revidert i 2019 og AT gjennomarbeider det nå fra grunnen av, med frist for ferdigstilling den 15. august. Intranettsider skal oppdateres raskere og oppdateres med et «dashbord» for antibiotikarapportering som erstatter pdf'er. AT ønsker å være pådrivere for å etterlyse en bedre regional koordinering av IKT-systemer for antibiotikastyding, herunder antibiotikaovervåkning. Erfaringer og løsninger som alt er utviklet ved flere HF, må i langt større grad enn nå blir delt mellom foretakene. Vårt sykehus har åpenbart for liten kapasitet, muligens også for lite kompetanse, for å effektivt utvikle bedre dataløsninger innen vårt fagområde.
<p><i>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Forbruket av bredspektrede antibiotika skal holdes på samme nivå, eller lavere, enn i 2019 (målt i DDD/100 liggedøgn). 	

Status juni:	Tiltak/effekt:
<p>Målet er ikke nådd.</p> <p><u>Nasjonale tall per 1. tertial 2024:</u> Nasjonalt finner man en nedgang i forbruk av bredspektrede antibiotika (BSA) til 14,94 DDD/100LD som er 3,3 % fra å nå det nasjonale målet (2019-nivå). For HSØ samlet er forbruket 16,15 DD/100LD) og det mangler 7,7 % på måloppnåelse. For vårt sykehus er tertialresultatet 19,3 DDD/100LD, en <u>økning</u> siden årsskiftet på 0,6. Rapporten sier vi mangler 2,1 DDD/100LD (11,8 %) på å nå vårt 2019-(års)nivå på 17,2. Det er 3. generasjon cefalosporiner (cefotaksim) og piperacillin/tazozin (Tazocin) som står for økningen.</p> <p><u>Egne overvåkningsdata:</u> I tråd med den nasjonale data ser vi en økning i forbruk av BSA per 1. tertial, men vi vurderer i tillegg <u>tertia-forbruket i 2024 mot tidligere års tertial</u> for å unngå årstidsvariasjoner. Slik målt er vårt BSA-forbruk 19,5 DDD/100LD, en økning fra samme periode i 2023 på 5,2 % og en deficit i forhold til 2019 <u>tertia-tallet</u> (18,9 DDD/100LD) på kun 3,2 %. Så sett i lys av at 1. tertial dekker mye av vintersesongen med et generelt høyere antibiotikabruk enn på årsbasis, er økningen ikke dramatisk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et klinikernettverk har lenge bistått antibiotikateamet (AT) i arbeidet for mer rasjonell antibiotikabruk. Også her har tidspress vært en utfordring. Nettverket er nylig utvidet med deltakelse fra sykepleiere, og dette ser ut til å gjøre avdelingene bedre i stand til å sette egne mål og gjennomføre lokale forbedringstiltak. • AT har siden høsten 2022 rekruttert leger i utdanning (LIS 2/3) til konkrete kvalitetsprosjekter innen antibiotikastyring, som er del av deres utdanningsmål. De fleste prosjektene har vært vanskelig å gjennomføre pga. et høyt arbeidspress og/eller skiftende arbeidsforhold hos yngre leger. AT vurderer å gjenoppta, men nedskalere ambisjonsnivået for LIS kvalitetsprosjekter. • Et program for sertifisering av LIS for antibiotikaforskrivning gjennomføres regelmessig i regi av akuttmottaket og har vært vellykket, vurdert ut fra brukerundersøkelser. Programmet videreføres. • AT søker å bidra til bedre dataløsninger innen antibiotikastyring på flere områder sammen med analyseavdelingen, med basis i løpende oppdaterte data fra Regionalt datavarehus (se også under Antibiotikastyring, over). Blant annet har vi nylig søkt REK om gjennomføring av et mastergradsprosjekt i klinisk farmasi: «Klinisk regelsett for identifisering av risikopasienter med antibiotikabehandling for oppfølging av klinisk farmasøyt» basert på daglig uttrekk fra Regional datavarehusløsning, basert på spesielle algoritmer, for identifisering av pasienter med uheldig forskrivning og oppfølging. Klinisk farmasøyt vurderer feil og mangler i en egen plattform, og tar det videre med avdelingene. <p>Eksempel på tiltak i klinikkene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avdeling for anestesileger og intensivavdelingen: Deltakelse i det regionale læringsnettverket for antibiotikastyring. • Det gjennomføres daglige møter mellom anestesileger på intensiv og infeksjonsmedisinere. • Fast ukentlig møte mellom mikrobiologisk avdeling, infeksjonsmedisinere og anestesileger på intensiv. De-eskalering av antibiotika for pasienter er fokus og tema. • Flere pasienter bronkoskoperes for å sikre korrekt dekning med antibiotika. • Økt anvendelse av PCT for å sikre de-eskalering av antibiotika. • Det tas ukentlig dyrkning av intensivpasienter (inngangsporter) for å redusere risiko for infeksjoner. • Deltakelse i nasjonalt nettverk for legemidler til barn • Infeksjonsavdelingen: Innføring av daglig blodkulturvisitt ved inf. lege og mikrobiolog. Klinisk farmasøyt aktiv i AB styring og veiledning. • LIS-prosjekt rundt prokalsitonin ved KOLS
<p>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetaket som inkluderer pasienter i 2024 skal økes med minst 15 pst. sammenliknet med 2023, jf. målene i Nasjonal handlingsplan for kliniske studier. 	

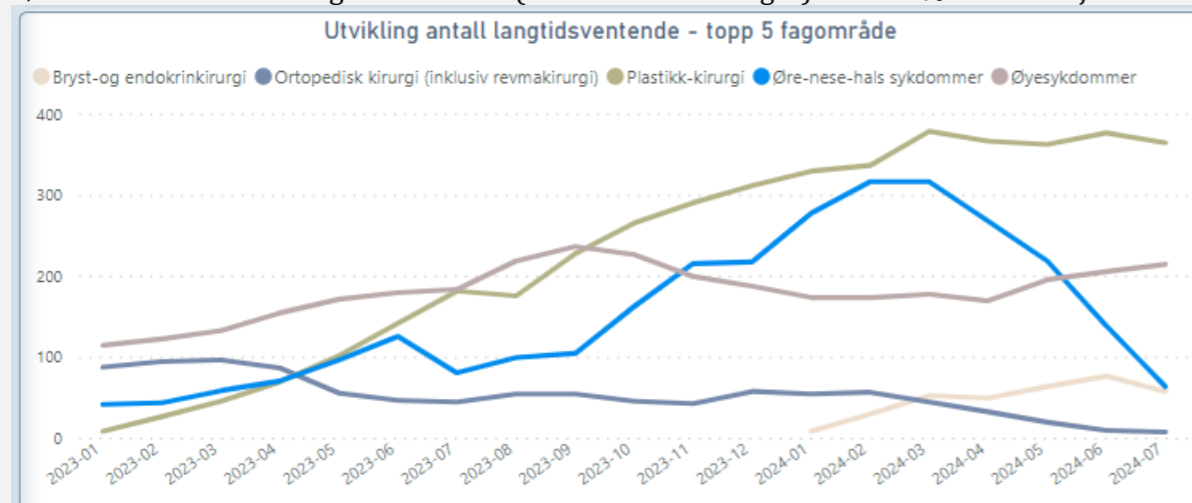
<p>Status juni:</p> <p>Målet ikke nådd. Det er ikke økt i antall kliniske behandlingsstudier fra 2022 til 2023, men antall pasienter inkludert i studier har økt med 25 %. Svar på antall kliniske studier 2024 foreligger først i juni 2025.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Tiltak: Kartleggingsmøter og promotering</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ For å kunne øke kliniske behandlingsstudier hos den enkelte avdeling/klinikk har det blitt påbegynt et arbeid med kartleggingsmøter. Målet er å kartlegge behov og fokusere på individuelle tilpasninger og tiltak basert på behovene til hver enkelt avdeling/klinikk. ○ Det vil gis ekstra støtte og tettere oppfølging til de avdelingene med størst potensiale. Dette gjelder avdelinger som viser betydelig motivasjon og interesse og som mottar forespørsler om studier. ○ Det synes å være en nedgang i antall henvendelser via NorTrials. Det er derfor satt opp møter både med Inven2 og NorTrials-senterne for å promotere forskningsaktiviteten ved sykehuset. ○ Årets forskningsseminar har hovedfokus på kliniske behandlingsstudier: potensiale og gevinst. Forskningsseminaret er et viktig møtepunkt for forskere i regionen og vi håper å inspirere og motivere til at flere ser viktigheten av å jobbe med kliniske behandlingsstudier. ○ Initiering av flere akademiske studier. Det er planer om å sette i gang nye akademiske studier som kan svare på viktige kliniske spørsmål og gi flere studiepasienter. <p>Effekt: Oversikt over poenggivende forskningsaktivitet</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Det var en økning i antall publiserte artikler i 2023 (134 stk.) sammenlignet med 2022 (126 stk.). Dette er til nå det høyeste antallet publiserte artikler Sykehuset Østfold har hatt.
<p>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</p> <p><u>Annen oppgave 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal sørge for, sammen med Sykehusapotekene HF, å gi flest mulig pasienter hurtig tilgang på, og god veiledning i riktig bruk av legemidler, ved første gangs utlevering av H-resept. Helseforetaket skal sørge for bedre avtaleoppfølging/utnyttelse av legemiddelinnkjøpsavtaler ved til enhver tid å velge anbefalt avtalepreparat. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd. I kreftavdelingen er byttegraden fra 80 % til 100 % Pasientgruppene er til dels små, som gjør at ett unntak fra avtalepreparat gir store prosentmessige avvik.</p> <p>I øyeavdelingen er målet nådd. Avdelingen har samarbeidsmøter med sykehusapoteket hvor det avtales bruk av rett medikament i injeksjonsbehandlingen (Vabysmo, Eylea, Avastin)</p> <p>Klinikk for medisin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - H-resepter innenfor hjertesykdommer igangsettes både lokalt og sentralt fra OUS, pasienter i behov for H-resept håndteres av et fåtall overleger med tett kontakt med universitetssykehus. - Gastromedisinsk avdeling har god oversikt over avtalepreparat og regime rundt medikamentbytter - Nevrologisk avdeling har fokus på å holde seg til avtaleprodukter. Sekretær oppdaterer lister over medikamentene, og legger disse tilgjengelig på alle legekontorer. 	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Kreftavdelingen: Jevnlig dialog med analyseavdelingen.</p> <p>Klinikk for medisin: Avdelinger gjennomgår lister, og endrer behandlingspreparat iht. LIS-avtaler. Kostnader knyttet til H-resepter gjennomgås også månedlig på oppfølgingsmøter med klinikksjef.</p>

<p>Klinikk for kvinne-barn har fokus på å velge anbefalt preparat (jf. legemiddelinnkjøpsavtaler) ved forskriving av H-resepter.</p> <p>SØ har ikke god kontroll på at andre sykehus, særlig OUS, setter våre pasienter på H-resepter.</p>	<p>Klinikk for kvinne-barn: H-resept kostnader følges opp gjennom månedlige økonomirapporter.</p>
<p><i>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehusapotekene HF, vurdere å ta i bruk bruksklare infusjonsløsninger (legemidler) og gjennomføre opplæring av kommunene, f.eks. via helsefelleskapene, slik at kommunene kan ta imot utskrivningsklare pasienter hurtigere. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>I SØ har en del avdelinger i lang tid tatt i bruk ferdigproduserte infusjonsløsninger.</p> <p>Vedtatt rapport om bruk av CADD-pumper, samt rutine, i Faglig samarbeidsutvalg 18.04.24. Tatt i bruk i alle kommunene i opptaksområdet.</p> <p>Seksjon behandlingshjelpemidler hadde møte med samhandlingsavdelingen i juni om tettere samarbeid med kommunene om opplæring.</p>	<p>Forventet effekt: Bedre ressursutnyttelse både i sykehuset og kommunene, samt bedre pasientbehandling. Seksjon behandlingshjelpemidler støtter oppunder arbeidet, sammen med klinikk for medisin og samhandlingsavdelingen.</p>
<p><i>2.2 Forskning og innovasjon, kvalitet og pasientsikkerhet</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal ta i bruk løsninger med kunstig intelligens som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell og redusere ventetider. Effekten av løsningene skal dokumenteres slik at det legger til rette for videre innføring. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Store tregheter ved innføring av nye og eksisterende løsninger med KI. Helse Sør-Øst anskaffer nå nye KI-plattformer som forhåpentligvis vil kunne gi foretaket tilgang til løsninger raskere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har bestilt løsning for KI til bildediagnostikk, Boneview. - Har indikert stor interesse for KI for røntgen thorax til bruk på ankomstsenteret i Råde. - Etterspør stadig Sykehuspartner (SP) for å få tilgang til MS Power Platform og Azure Machine Learning Studio. - Skal sette i gang prosjekt på bruk av RPA (automatisering)
<p><i>2.3 Intensiv- og beredskapskapasitet</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p>	

<p><i>Intensivkapasiteten (kategori 2- og 3-senger) i ordinær drift og beredskapskapasiteten (dvs. kapasiteten som kan mobiliseres ved økt behov) skal økes sammenliknet med 2023. Beredskapskapasiteten skal ha en større økning enn økningen i intensivkapasitet i ordinær drift.</i></p>	
<p>Status per juni:</p> <p>Målet er delvis nådd. Kapasiteten (totalt antall spesialsenger) er dekket.</p> <p>Klinikk for kirurgi melder at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utdanningskapasiteten er økt • Utfordringer med å rekruttere intensivsykepleiere • Oppgavedeling; assistere/HFA <p>Klinikk for medisin har følgende kategori 1 senger (forsterket observasjonsseng):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lungeavdelingen har p.t. 2 NIV-senger • Hjerteravdelingen har p.t. 4 forsterkede kardiologiske senger • Nevrologisk avdeling har 2 kategori 1 senger • Barne- og ungdomsavdelingen har 2 kategori 1-senger 	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidet pågår. <p>Sengene og kompetansen som er etablert av disse kategori 1 sengene, bidrar i SØ sin beredskapskapasitet.</p>
<p><i>2.3 Intensiv- og beredskapskapasitet</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det vises til indikator for intensivkapasitet. Helseforetaket skal årlig rapportere både den totale overvåknings- og intensivkapasiteten ved ordinær drift og beredskapskapasitet. Rapporteringen skal både være i absolutte tall og som andel per 100 000 av befolkningen som det enkelte helseforetak har ansvar for. Det vises for øvrig til tidligere oppdrag om intensivkapasitet og -beredskap. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd. Rapport er sendt til Helse Sør-Øst.</p> <p>SØ har per januar 2024; 8 kategori 3-senger, 12 kategori 2-senger, 8 kategori 1-senger (4 på hjerteravdelingen, 2 på lungeavdelingen og 2 på nevrologisk avdeling).</p> <p>I tillegg har barne- og ungdomsavdelingen 2 kategori 1-senger.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p><i>3.1 Ventetid</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p> <p><i>Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for somatikk. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikk.</i></p>	
<p>Status juli:</p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Gjennomsnittlig ventetid <u>avviklede</u> har økt som ønsket det første halve året i 2024. Årsaken er avvikling av de lengst ventende pasientene i SØ. Per <u>juli</u> er ventetiden 89,9 dager.</p> <p>Juli 2023 var ventetiden 62,5 dager</p> <p>Jan - juli 2024: 85,7 dager.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Gjennomførte tiltak har hatt effekt og forventes å ha ytterligere effekt utover året.</p> <p>De ulike fagområdene har ulike utfordringer og derfor ulike tiltak. Nevner et utdrag av påstartede tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidligere oppstart poliklinikk • Redusert operasjoner til fordel for poliklinikk

Gjennomsnittlig ventetid ventende er redusert i løpet av 2024, men ventetiden er fortsatt lenger enn sammenlignet med samme periode i 2023. Juli 2024: 117,8 dager

Stor variasjon i ventetider i de ulike fagområdene. Lengst ventetid ser vi innen kirurgiske fagområder. SØ har redusert andel langtidsventende (ventet over 365 dager) med 22 % fra mai til juli.



- Økt andel nyhenviste pasienter på poliklinikken, samt prioritert fristbrudd og lengst ventende pasienter
- Kvalitetssikring av ventelister
- Økt bruk av avtalespesialister og private med avtale med HSØ
- Iverksatt gjennomgang av ressursbruk, arbeidsplaner sett i lys av aktivitetskrav og behov. Startet på ØNH og kirurgis poliklinikk.
- Etablert mottaksprosjekt Ventetidsløftet for prioriterte tiltak for å redusere ventetider, tilførte 20 mill.
- Økt LIS-poliklinikk

Tiltak for høsten 2024:

- Etablere ventelisteadministratorer i flere fagområder
- Etablere tverrfaglige driftsmøter på/med poliklinikk for systematisk oppfølging av ventelister
- Samling for ventelistakoordinatorer for læring på tvers i organisasjonen, samt fra andre HF
- Gjennomføre læringsnettverk Reduksjon av ventetider høsten 2024 med fokus på forbedringsarbeid knyttet til innstrøm, oppgavedeling og kontroll oppfølging.
- Opplæring av leger/behandlere som vurderer henvisninger
- Økt samarbeid med samhandlingsleger/fastleger knyttet til henvisninger
- Intensivere bredding av telefon/videokonsultasjoner
- Intensivere bredding av brukerstyrt poliklinikk

3.1 Ventetid

Mål 2024

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres sammenliknet med 2023 for psykisk helsevern for barn og unge, psykiske helsevern for voksne og TSB. Målsetningen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for TSB.

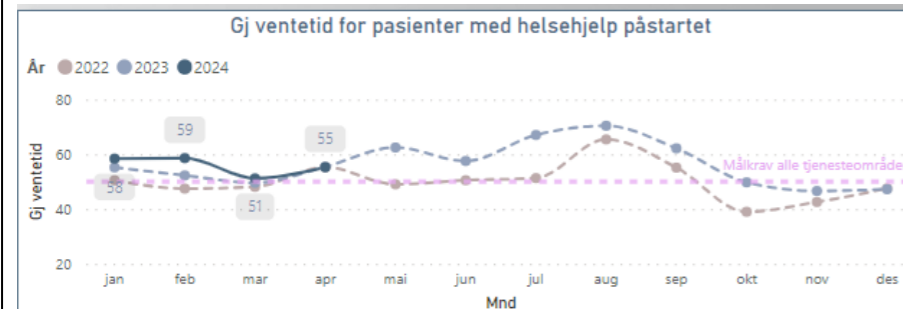
Status juni:

Offentlig ventetidstall er per april. Målet er nådd for TSB. Målet er ikke nådd for BUP og VOP.

BUP:

Ventetid på BUP er ikke redusert sammenlignet med 2023

Helseforetak	SOM valgt periode	VOP valgt periode	BUP valgt periode	TSB valgt periode	Total valgt periode	HiA	HiA ifjor	Total 2021	Total 2020
Sykehuset Østfold	87,8	58,7	55,3	21,6	55,3	56,0	52,9	51,0	50,6
Totalt	87,8	58,7	55,3	21,6	55,3	56,0	52,9	51,0	50,6



VOP:

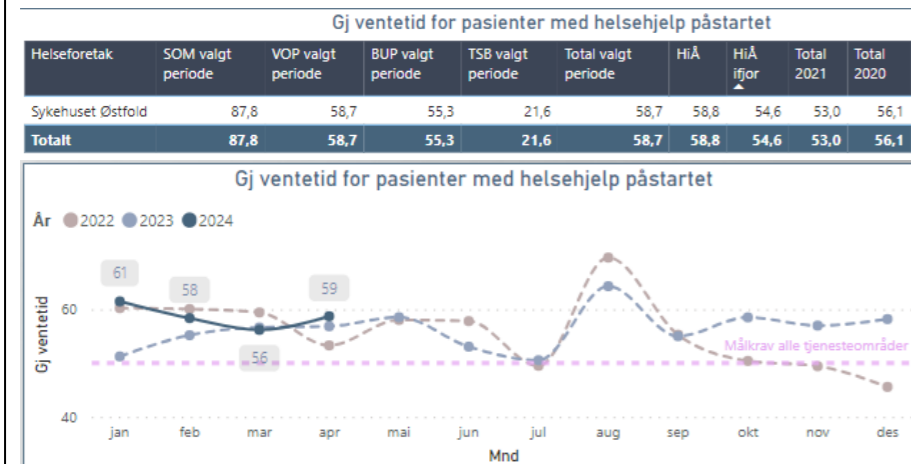
Tiltak/effekt:

VOP:

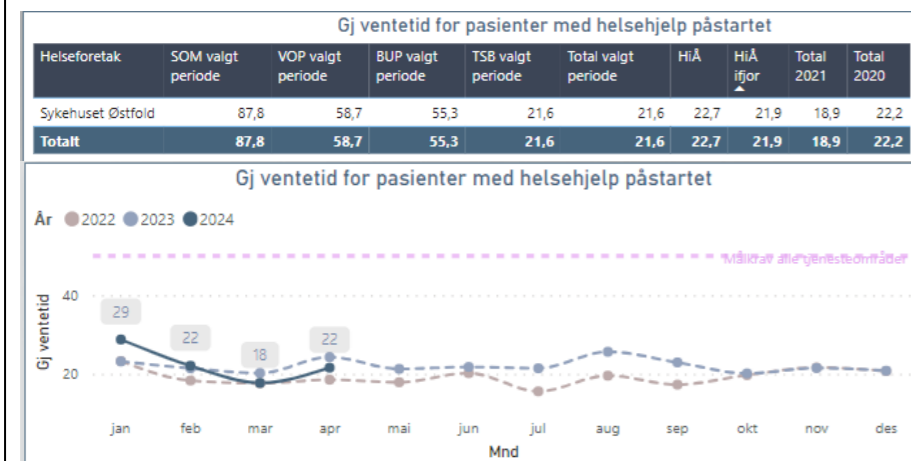
- Balanse i bemanning med god planlegging av bemanningssituasjonen i poliklinikker for å sikre at det ikke blir en svikt i tilgjengelige behandlere for fordeling av nye henvisninger.
- Oppgavedeling -begrenset forskrivningsrett av psykofarmaka for psykologer i psykisk helsevern. Prosjekt i samarbeid med HSØ. Ønske om oppstart i september 2024? Avhengig av om forskriftsforankring er klar fra HOD til dette tidspunktet.
- Etablert forløpspoliklinikk, som har strukturerte psykoterapeutiske behandlingsforløp ved sykepleier/vernepleier/sosionom under veiledning av spesialist i psykologi/psykiatri
- Etablert dagbehandlingstilbud i Enhet for spiseforstyrrelse med mulighet for å kunne behandle flere pasienter
- Videreutvikle inntakssamarbeid med kommunale tjenester, for en best mulig oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Ventetid på VOP er ikke redusert sammenlignet med 2023

Tendensen hittil i år er at antall henvisninger til DPS har økt siden 2023. Kapasitet/bemanning har ikke økt. Samtidig skal andel avslag holdes lavt. Implikasjoner for ventetid er åpenbare. Vi står ovenfor en stor utfordring når det gjelder forvaltning av personell og kompetanse - og prioritering av oppgaver:



TSB:
Ventetid på TSBer ikke redusert sammenlignet med 2023, men er betydelig lavere enn HSØ sin målsetning.



- Temabasert organisering med vektlegging av basisteam og spesialiserte behandlingsprogram må evalueres fortløpende med tanke på optimal ressursutnyttelse.
- Sykepleiere og sosionomer med klinisk spesialutdanning gis spesialiserte oppgaver under veiledning av spesialist.
- Økt fokus på evaluering av forløp og avslutning av forløp med lav effekt.
- Fortløpende fokus på å dekke inn vakanser.
- Ketamin-enheten på DPS nordre Østfold Moss som tilbyr utprøvende behandling har lang venteliste og trekker ventetiden kunstig opp. Denne ventetiden bør trekkes ut av rapporteringen.
- Det bør jobbes separat med ventetiden ADHD voksne som øker gjennomsnittlig ventetid signifikant. I Østfold er denne pasientgruppen overrepresentert som gir et skjevt bilde av ventetidssituasjon i vår klinikk.
- Ventetid for pasienter "Helse og Arbeid" bør også behandles separat, da denne pasientgruppen ikke omfattes av kriteriene i prioriteringsveilederen.

3.2 Pasientavtaler

Mål 2024

- Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av pasientavtalene (passert planlagt tid).

Status juli:

Målet nådd for VOP, BUP, TSB og kreft. Målet er ikke nådd for somatikk.

Andel passert planlagt totalt i SØ er redusert fra 19,5 % i januar 2024 til 18,6 % i juli 2024. Pasienter som venter på kontroll utgjør 60% av passert planlagt tid. Fagområder med størst andel er nevrologi, revmatologi, Øre, nese hals, ortopedi og øye.

Tiltak/effekt:

Flere av tiltakene under ventetider er sammenfallende med dette området. Noen tiltak nevnes her.

- Kvalitetssikring av ventelisten (rydding og avklaring av behov for helsehjelp)
- Gjennomgang av kontrollrutiner
- Øke utrulling av brukerstyrt poliklinikk
- Øke arbeidet med oppgavedeling på poliklinikker
- Prioritere poliklinikk ved sykefravær
- Rekruttere spesialister

<p>3.2 Pasientavtaler</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal øke bruken av digital hjemme oppfølging og digitale behandlingsprosesser for å styrke total behandlingsskapasitet. Aktuelle tiltak inkluderer brukerstyrt (behovsstyrt) poliklinikk med digital monitorering og interaksjon, også innenfor psykisk helsevern. Andelen pasienter som mottar digital hjemme oppfølging, video- eller telefonkonsultasjoner skal øke sammenliknet med 2023. Her inngår digital skjembasert pasientoppfølging og monitorering og nettbasert behandlingsprogram. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Det er 4 prosjekter i SØ for å nå målet om økt bruk av hjemmeoppfølging. Prosjektene er i gjennomføringsfase og i utrullingsfase.</p> <ul style="list-style-type: none"> Prosjekt for bredding av Nimble (digital hjemmeoppfølging - DHO). Prosjekt for bredding av CheckWare i psykiatri (skjemaløsning). Prosjekt brukerstyrt poliklinikk – Nimble, CheckWare og skjema knyttet til Digitale Innbyggertjenester. Prosjekt knyttet til videokonsultasjon. <p>Antall pasienter som bruker digital hjemmeoppfølging: 1926 (primo september).</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Prosjektene vil nå koordineres og samkjøres i et felles breddingsteam og styringsgruppe.</p> <p>Effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Økt bruk av telefonkonsultasjoner – nye fagområder.
<p>3.2 Pasientavtaler</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal innføre DelMedMeg, DMM, innen psykisk helsevern. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Alle allmennpoliklinikker utenom Moss DPS, benytter DMM. Begrunnelsen for dette er manglende merkantile ressurser. Moss benytter nå planen <i>Ankomst DPS</i></p> <p>Hovedbruken av CheckWare har vært ankomstpakker, som merkantile tildeler. Det er laget en prosedyre som beskriver hvordan DMM skal tildeles. DMM består av 4 forskjellige planer, som skal tildeles på ulike tidspunkter. Planen <i>Oppstart</i> skal tildeles 3 dager før første time, og merkantile gjør denne jobben. Etter at pasienten har besvart planen, skal merkantile fylle ut noe av informasjon i DIPS, og sende en rapport videre til behandler.</p> <p>Mottagelsen av DMM har vært blandet hos behandlerne. Mange er fornøyde med at så mye aktuell informasjon er tilgjengelig før første time. Noen behandlere savner mer diagnosespesifikke kartlegginger, som kan være til hjelp i utredningen.</p> <p>Det har vært diskutert om den tidligere ankomstpakken skal gjøres tilgjengelig, men dette har ikke blitt gjort da SØ har et forpliktende samarbeid i LOVEPROM (CheckWare). Å tildele begge planene er ikke en god løsning, da det vil bli mange overlappende spørsmål. Det pågår dialog om mulige løsninger. Det er enighet om å lage flere nye utredningspakker som kan tildeles ut ifra svarene i DMM og det er laget 4 nye pakker med forskjellige alternativer for å utrede depresjon, angst, personlighetsproblematikk og traumer, som er gjort tilgjengelig for alle seksjoner.</p> <p>Status primo september: Bruken av CheckWare er breddet til alle seksjoner som skal bruke løsningen.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Øke robustheten hos merkantile. Vurdere om andre yrkesgrupper kan tildele DMM ved fravær av merkantile

<p>3.3 Epikriser</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen somatikk. 																																											
<p>Status august:</p> <p>Målet er nådd. Resultat for SØ totalt i juli var 76 %, i august var det 74 %.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Tiltak følges opp i klinikkene og rapporteres i oppfølgingsmøter med administrerende direktør.</p>																																										
<p>3.3 Epikriser</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Minst 70 pst. av epikrisene skal være sendt innen én dag etter utskrivning innen psykisk helsevern for voksne og TSB. 																																											
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykiatrisk avdeling ligger over målsetning. Behovet for kontrasignering av epikriser og rekrutteringsutfordringer av spesialister utfordrer måloppnåelse i de øvrige seksjonene.</p> <p>Epikrisetid 1 dag</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Avdeling</th> <th>Jan.</th> <th>Febr.</th> <th>Mars</th> <th>April</th> <th>Mai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NDPS</td> <td>64%</td> <td>55%</td> <td>57%</td> <td>54%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>HSDPS</td> <td>39%</td> <td>41%</td> <td>40%</td> <td>41%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>FDPS</td> <td>59%</td> <td>44%</td> <td>43%</td> <td>46%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>BUP</td> <td>27%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>27%</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>TSB</td> <td>75%</td> <td>83%</td> <td>83%</td> <td>85%</td> <td>81%</td> </tr> <tr> <td>PSY</td> <td>75%</td> <td>75%</td> <td>79%</td> <td>82%</td> <td>77%</td> </tr> </tbody> </table>	Avdeling	Jan.	Febr.	Mars	April	Mai	NDPS	64%	55%	57%	54%	50%	HSDPS	39%	41%	40%	41%	35%	FDPS	59%	44%	43%	46%	45%	BUP	27%	35%	40%	27%	27%	TSB	75%	83%	83%	85%	81%	PSY	75%	75%	79%	82%	77%	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Øke kompetanse til behandlere for å bli mindre avhengig av co-signering av spesialist. Fokus i økonomi-oppfølgingsmøtet i ledergruppen i DPS Forenkle og forbedre: Fokus på konklusjon/vurdering. Redusere unødvendig lange gjentakende beskrivelser. Oppfølging på individnivå ved gjentakelser.
Avdeling	Jan.	Febr.	Mars	April	Mai																																						
NDPS	64%	55%	57%	54%	50%																																						
HSDPS	39%	41%	40%	41%	35%																																						
FDPS	59%	44%	43%	46%	45%																																						
BUP	27%	35%	40%	27%	27%																																						
TSB	75%	83%	83%	85%	81%																																						
PSY	75%	75%	79%	82%	77%																																						
<p>3.4 Pasientforløp</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Pasienter med store og sammensatte behov, herunder eldre med skrøpeligheit og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, skal oppleve sammenhengende tjenester med trygge overganger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 																																											
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Det er igangsatt en rekke tiltak for at pasientene skal ha sammenhengende tjenester med trygge overganger fra sykehus til den kommunale helse og omsorgstjenesten.</p> <p>Arbeidet pågår.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Eksempler på tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vedtatt oppstart av Integrerte helsetjenester (IHT). Revisjon av retningslinje 5 utskrivningsklare pasienter er igangsatt, både for somatikk og psykiatri. Startet revisjon av strukturen i Helsefellesskapet for bedre å sette fokus på de fire prioriterte pasientforløpene. 																																										

- Bruk av styringsdata i SSU og arbeidsseminar for å finne innsatsområder for Helsefellesskapet.
- Etablert nytt FACT-ung-team.
- Ny digital løsning for forsterket utskrivning av eldre og kronisk syke er klar for pilotering (SØMSAM).
- Sykehuset er i gang med å inkludere pasienter fra hjerte- og lungeavdelingen i Spredningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging (samarbeid mellom kommune og sykehus).
- Voksenpsykiatri (VOP): Det arbeides kontinuerlig, både på systemnivå og på individuelt nivå i hver enkelt pasientsak. i forhold til å bedre samarbeidet og tilstrebe gode overganger mellom tjenestenivåene. Det er det siste året etablert ulike underutvalg i Helseforetaket som skal arbeide videre med blant USK-problematikken i psykiatrien, i tillegg til faste underutvalg som f.eks. UFAB (utvalg for akuttberedskap).
- Barne- og ungdomspsykiatri (BUP): I regi av Helsefellesskapet ble det i 2023 oppnevnt et utvalg for barn og unges psykiske helse (UBUP). I utvalget løftes og drøftes problemstillinger på tvers av sykehus og kommune. I tillegg er det etablert et arbeidsutvalg som skal utarbeide rutiner som sikrer bedre overganger og samordning av tjenester til barn og unge - jamfør ny veileder psykisk helsearbeid barn og unge. FACT ung team er nå etablert i Fredrikstad og Sarpsborg og et team er under utvikling i Indre Østfold.
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB): De aller fleste behandlingsforløp avsluttes i poliklinikk. Når pasienten avsluttes ved en av våre døgnseksjoner (uavhengig av innleggende instans), skal det gis tilbud om poliklinisk time i hånda. Dette gjør at det meste av ansvaret for sammenhengende tjenester ligger til distriktsnære seksjoner; TSB poliklinikk.
- 5 FACT-team for voksne i de største kommunene. 1 ACT-team. (Psykisk helsevern)
- Videreutvikle lokalt samarbeid rundt multibrukere (spesialisthelsetjeneste 2 og 3 nivå, kommuneoverlege, legevakt m.fl.). inkl.
 - Krisepakke DPS døgn (pågående arbeid om tjenesteinnovasjon knyttet til lokalt samarbeid rundt pasienter med store og sammensatte behov).
 - SØ arbeider med å implementere *Regional veileder Ivaretagelse av pasienter i somatiske enheter etter selvsikring og selvmordsforsøk* i samarbeid med kommuner.
- Samhandlingsprosjekt mellom klinikk for medisin og kommunene i Østfold/Vestby, endrer problemstilling etter funn i fase 1 (journalgjennomgang).
- Workshop er gjennomført etter presentasjon fra IHT-prosjektet i Ahus, og info fra SØMSAM-prosjektet i SØ.
- Senter for Lindrende Behandling understøtter omsorg i kommunen.
- Barne- og ungdomsklinikken (BUK) deltar gjennom Helsefellesskapet i klinisk underutvalg som skal utarbeide forslag til ny retningslinje 13 knyttet til barn og unge som mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.
- Kvinneklinikken har deltatt i revisjon og gjennomgang av retningslinje 8 - samarbeid om svangerskap og barselomsorg - hvor målet er at pasienten skal oppleve en mest mulig sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
- Ambulerende lungeteam jobber tett med kommunalt hjelpeapparat (mål ikke nådd)
- Prosjekt Livets slutfase

	<ul style="list-style-type: none"> • Bruker PLO1-helseopplysninger som kommunikasjonsverktøy. Hos ALS-pasienter sendes skjema «behov for langvarige og sammensatte tjenester». • Klinikk for kvinne-barn har regelmessige møter med ledere ved helsestasjoner/jordmortjenester i kommunene og planlegger samarbeid med Moss kommune relatert til svangerskap- fødsel og barselomsorgen.
<p>3.4 Pasientforløp</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor somatikk. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Kreftavdelingen melder om at de har hatt følgende reinnleggelser innen 30 dager: Gjennomsnitt for 2023: 63/mnd, gjennomsnitt for 2024: 59/mnd. Dette er en syk pasientgruppe med forventet ytterligere innsykning. Noe reinnleggelser må forventes. Markant lavere reinnleggelsestall krever økt sykehjemstilbud.</p> <p>Klinikk for kirurgi melder om at målet ikke er nådd. Det er en jevn andel re-innleggelser med små variasjoner på klinikknivå.</p> <p>I klinikk for medisin er andel re-innlagt etter 5 dager stabil, re-innlagt etter 30 dager er synkende.</p> <p>Klinikk for kvinne-barn melder om at dette oppdraget henger ikke helt i tråd med oppdrag om åpen retur til barsel den første uken etter hjemreise. Klinikken har generelt få ikke-planlagte re-innleggelser. Klinikk for kvinne-barn har åpen retur innen flere pasientkategorier.</p>	<p>Eksempler på tiltak i klinikk for medisin og klinikk for kvinne-barn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Må ses i sammenheng med punktene over og tiltak må være like mye på kommunal side som i spesialisthelsetjenesten. - Tett oppfølging via polikliniske konsultasjoner ved behov. - Forhåndssamtaler om videre behandlingsnivå. - Poliklinisk oppfølging etter utskrivelse ved behov. - Avklaring av behandlingsnivå. - Blodkulturvisitt – rett behandling. - Monitorerer og følge trendutviklingen.
<p>3.4 Pasientforløp</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel pasienter i pasientforløp innen psykisk helsevern og rusbehandling som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, skal være minst 80 pst. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Det er fortsatt knyttet usikkerhet til koding og registrering, og i hvilken grad tallene som hentes ut er valide. Den nasjonale statistikken avviker betydelig fra den lokale.</p> <p>Lav brukervennlighet knyttet til koding, kronologi, dubletter etc. gjør at hele pakkeforløpet rapportert til NPR (Norsk Pasientregister) blir forkastet og ekskludert i nasjonal statistikk. Det vil si at vi lokalt har flere pasientforløp enn hva som vises nasjonalt. Data som rettes tilbake i tid blir ikke registrert hos NPR.</p>	<p>Vurdere tall på bruk av PPR-mal i månedlig oppfølgingsmøte: Hvis kapasitet er det ønskelig å innlemme tall på bruk av PPR-mal i månedlige gjennomgang av styringstall i PLM.</p>

¹ PLO – Pleie- og omsorgsmeldinger

Det er generelle utfordringer med bruk av PPR-mal på behandlingsplan i DIPS. Manglende bruk av denne planen slår ut i lave måltall når vi tar ut interne tall. Det er ikke tall på HF-nivå i rapporten til Hdir for 2024. Har benyttet SØ rapporter, som er basert på grunnlagsfil fra Hdir (NPR).

Andel (%) som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	
PHV (D11 og D06)	
2021	40
2022	42
2023	43
2024	35
PHVBU (D12 og D08)	
2021	58
2022	61
2023	57
2024	55
TSB	
2021	57
2022	54
2023	40
2024 (pr.april)	29

3.4 Pasientforløp

Mål 2024

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

Status juni og juli:

Tiltak/effekt:

Målet er ikke nådd totalt for alle pakkeforløp. Per juli er målet nådd for følgende pakkeforløp: brystkreft, myelomatose, blærekreft, livmorkreft, eggstokkreft, skjoldbruskkjertelkreft, malignt melanom og nevroendokrine svulster.

Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid er totalt for alle pakkeforløp 58 % per juni, dette har forbedret seg til 60 % per juli. Resultatene for hver av de 24 kreftformene varierer fra 0 til 100 %. For de store pakkeforløpene brystkreft, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og lungekreft er resultatene per juni på hhv. 81 %, 44 %, 25 % og 63 %. Per juli er resultatene på hhv. 82 %, 43 %, 26 % og 60 %.

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

I begynnelsen av 2023 la NPR-Helsedirektoratet om publiseringen og tilbakemeldingene av pakkeforløp kreft. Det gjorde at mye informasjon manglet, noe som vanskeliggjorde oppfølgingen av resultatene.

Fra 2024 publiserer HSØ pakkeforløpsresultater. Disse er ikke like gode å bruke i forbedringsarbeidet som tallene vi fikk fra direktoratet tidligere.

Status mottatt fra Helse Sør-Øst for juni 2024:

	SØHF
(A01) Brystkreft	138 / 112 / 81 %
(A02) Hode- halskreft	
(A04) Myelomatose	
(A06) Lymfom	22 / 7 / 32 %
(A07) Bukspyttkjertelkreft	7 / 5 / 71 %
(A12) Tykk- og endetarmskreft	109 / 48 / 44 %
(A14) Blærekreft	87 / 68 / 78 %
(A15) Nyrerekreft	23 / 1 / 4 %
(A16) Prostatakreft	123 / 31 / 25 %
(A18) Testikkelkreft	
(A20) Livmorkreft	10 / 6 / 60 %
(A21) Eggstokkreft	
(A22) Livmorhalskreft	
(A23) Hjernekreft	
(A26) Lungekreft	54 / 34 / 63 %
(A32) Kreft i spiserør og magesekk	9 / 2 / 22 %
(A34) Primær leverkreft	
(A36) Sarkom	
(A37) Skjoldbruskkjertelkreft	
(A38) Malignt melanom	87 / 76 / 87 %
(A39) Nevroendokrine svulster	
(A40) Galleveiskreft	
Totalt	699 / 406 / 58 %

Status mottatt fra Helse Sør-Øst for juli 2024:

Pakkeforløp kreft	SØHF
(A01) Brystkreft	82 %
(A02) Hode- halskreft	
(A04) Myelomatose	100 %
(A06) Lymfom	36 %
(A07) Bukspyttkjertelkreft	63 %
(A12) Tykk- og endetarmskreft	43 %
(A14) Blærekreft	81 %
(A15) Nyrerekreft	12 %
(A16) Prostatakreft	26 %
(A17) Peniskreft	0 %
(A18) Testikkelkreft	50 %
(A20) Livmorkreft	71 %
(A21) Eggstokkreft	86 %
(A22) Livmorhalskreft	25 %
(A23) Hjernekreft	29 %
(A26) Lungekreft	60 %
(A30) Kreft hos barn	
(A32) Kreft i spiserør og magesekk	30 %
(A34) Primær leverkreft	0 %
(A36) Sarkom	
(A37) Skjoldbruskkjertelkreft	100 %
(A38) Malignt melanom	90 %
(A39) Nevroendokrine svulster	
(A40) Galleveiskreft	100 %
Totalsum	60 %

Når det gjelder kreftformene med 0 og blankt på resultat (kreft hos barn, nevroendokrine svulster, primær leverkreft, hode-halskreft og sarkom) er behandlingen sentralisert til Oslo Universitetssykehus.

- Målkrav innfridd, bedre enn 70 %
- Målkrav ikke innfridd, 60-70 %
- Målkrav ikke innfridd, 0-60 %

For tykk- og endetarmskreft er andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid 44 % i juni og 43 % i juli. Dette grunnet lang tid til coloskopi (gastromedisinsk avd) og noe forsinkelse for oppmøte til samtaletime hos overlege poliklinisk preoperativt (dette gjøres i tillegg til poliklinisk forundersøkelse).

For prostatakreft er andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid 25 % i juni og 26 % i juli. Dette grunnet lang tid til biopsi: Nye nasjonale retningslinjer gjør at man ikke lenger biopsierer trans-rektalt, men kun trans-perinealt, dette tar dobbelt så lang tid på poliklinikken. I tillegg har en av avtalespesialistene i urologi ikke lenger tilgjengelig korrekt utstyr for å utføre disse biopsiene, dette gjør at antallet pasienter til biopsi på kirurgisk poliklinikk er doblet. Dette fører også til lengre ventetid på operasjon, da flere pasienter ble direkte henvist til OUS for operasjon etter biopsi hos avtalespesialist tidligere, nå opererer vi flere av disse selv.

For nyrerekreft er andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid 4 % i juni og 12 % i juli. Det jobbes med å få økt operasjonskapasitet. Det er få pasienter som har denne diagnosen, og dette gir da stort utslag på det prosentvise resultatet.

Behandling av gynekologisk kreft:

Tall per juli viser 71 % på livmorkreft, 86 % på eggstokkreft og 25 % på livmorhalskreft.

Tykk- og endetarmskreft:

- Tid til coloskopi er en flaskehals. Dette har sammenheng med den generelle underkapasiteten på koloskopører ved avdelingen. Gastromedisin gjennomgår rutinen for prioritering av pasienter til coloskopi. Gjennom utdanning av 3 skoperende sykepleiere vinteren 2023/2024 har den totale koloskopikapasiteten ved SØ økt. Avdelingen har økt sitt fokus på fristpasienter og pakkeforløpspasienter gjennom å øke disponible tidsenheter i arbeidsplanleggingsverktøyet som skal fordeles til slike pasienter av pakkeforløpskoordinator. Avdelingssjef, pakkeforløpseier (seksjonsoverlege) og pakkeforløpskoordinator har fra mai 2024 innført et felles møte 2 ganger i måneden, hvor man fokuserer på fristbrudd og pakkeforløp.
- Det er innført et ekstra oppmøte for pasient preoperativt for å sikre god informasjon og samvalg. Dette har forlenget forløpet. Kirurgisk avdeling arbeider med tiltak for å redusere forlengelsen til et minimum.

Prostatakreft:

- Østfolds biopsikapasitet er tilnærmet halvert. Dette skyldes at avtalespesialist har sluttet å utføre prosedyren. Vedkommende henviste også en del pasienter direkte til

<p>Det meste blir sendt til OUS, Radiumhospitalet for behandling, inkludert livmorhalskreft. I SØ opererer vi kun de med minst alvorlig livmorkreft. Alt annet sendes etter at de har fått bekreftet kreft på vår poliklinikk, og vi har gjort nødvendige undersøkelser som bekrefter kreft. Behandlingen skal likevel starte på DNR innen forløpsfristen. Ofte går det veldig bra, men noen ganger ser det slik ut som i juli. Det er små tall, derfor kan det gi store utslag i statistikken. Egen pakkeforløpskoordinator som er tilstede i poliklinikken hver dag skal sikre kontinuiteten i pakkeforløpene, slik at utredning, behandling og oppfølging skjer uten unødig ventetid, riktig koding og tettere dialog med pasientene. Det vil også gi mulighet til å purre opp prøvesvar og ha direkte dialog med DNR for å i enda større grad klare å starte behandling på DNR innen fristen. Forløpskoordinator skal også følge opp pakkeforløp – hjem.</p>	<p>OUS. Disse kommer nå til SØ. Avdelingen arbeider med å få på plass ulike løsninger for å bedre situasjonen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dette fører også til lengre ventetid på operasjon, da flere pasienter ble direkte henvist til OUS for operasjon etter biopsi hos avtalespesialist tidligere, nå opererer vi flere av disse selv. <p>Nyrekreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det jobbes med å få økt operasjonskapasitet. <p>Gynekologisk kreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorerer og følger trendutvikling. - Forløpskoordinator er flyttet tettere på drift (fra Grålum til Kalnes) fra august. Det er litt for tidlig å se effekt ennå, men det kommer til å gi en bedring, ikke minst også i pasienttilfredshet ved å ha en person de kan kontakte og får hjelp og råd av. Pakkeforløp hjem er i etableringsfasen på gynekologisk sengepost, pakkeforløpskoordinator bistår. <p>Lungekreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lungeavdelingen har behov for tall for å kunne forbedre egne resultater. Dette har ikke vært tilgjengelig fra HSØ, avdelingen har derfor startet egne detaljerte registreringer for å finne flaskehals og forbedringsområder. <p>Lymfomdiagnostikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er avhengig av OUS (sentralisert patologi), som forsinker tid til beslutning.
<p><i>3.4 Pasientforløp</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduksjon i andel ikke-planlagte reinnleggelser innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. 	
<p>Status juni: Målet er ikke nådd.</p> <p>Det er første gang vi rapporterer på denne parameteren, og det er litt tidlig å si noe om utviklingen for inneværende år. Tallene er hentet fra HSØ. Definisjon: Etterfølgende akuttinnleggelse innen 30 dager etter akuttinnleggelse.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppretter FACT ung team. • Strategi for å styrke FACT/ACTs evne til å forebygge innleggelser. • Implementering av oppfølgingsrutiner etter utskrivelse i forbindelse med forebygging av selvmordsrisiko.



3.4 Pasientforløp

Annen oppgave 2024

- Helseforetaket skal sørge for at organisatorisk plassering av koordinerende enhet lokalt bidrar til at enhetene på best mulig måte understøtter god koordinering i sykehusene og ivaretar sitt overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Helseforetaket skal også iverksette tiltak for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan).

Status juni:	Tiltak/effekt:
<p><u>Koordinerende enhet:</u> Målet er nådd. Samhandlingsavdelingen har funksjon som koordinerende enhet i helseforetaket. Det innebærer i hovedsak å være et kontaktsted for informasjon om habiliterings-/rehabiliteringstilbud i kommune/private. Forespørsel om koordinator overføres til relevant klinisk avdeling for videre oppfølging. Vi har et kontaktnettverk for koordinerende enhet (KE) hvor alle kommuner er representert. Nettverket er en del av Helsefellesskapet og samarbeidsavtalen mellom kommuner og sykehus. Nettverket arrangerer fagdager for kommuner og sykehus.</p> <p><u>Tiltak for å realisere målet med de lovregulerte koordineringsordningene i spesialisthelsetjenesten (koordinator, kontaktlege, koordinerende enhet og individuell plan):</u> Målet er delvis nådd.</p> <p>Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling: Det er oppdaget en mulig feil i indikatorberegningen i rapporten. Rapporten beregner de som har IP utfra IP-status. Der det registreres med gammel indikator "har IP" teller ikke disse med.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sykehuset deltar i arbeidsgruppe i Helse Sør-Øst for å kartlegge dagens ordninger, og finne bedre løsninger enn i dag. Gjennomgang og kvalitetssikring av DIPS-rapport. Vurdere økt fokus på riktig registrering av IP.

Antall IP			
Dips rapport 6087			
Tidsrom 01.01.2023-20.06.2024			
Kriterier: Pasienter over 18 år, pasienter med F20 diagnose			
2023			
	Antall totalt	Antall skal ha IP	Antall IP
TSB	13	13	7
DPF	117	110	15
DHS	122	93	39
DPN	147	131	55
PSY	143	123	28
2024 (pr 20.06.2024)			
	Antall totalt	Antall skal ha IP	Antall IP
TSB	5	5	2
DPF	82	76	9
DHS	93	75	34
DPN	122	108	49
PSY	88	78	20

Total = antall pas. med F20 diagnoser over 18 år

Skal ha IP = antall vurdert vil være i behov av IP, og som ikke har takket nei.

Kreftavdelingen:

Pakkeforløpskoordinator på plass.

Kontaktlege ikke systematisert, inkl. for polikliniske pasienter. Hittil har det i hovedsak vært overleger som har hatt pol., og da har kontaktlegeordningen vært håndtert ved at man kommer tilbake til samme lege. Med økende LIS i poliklinikk vil det bli mindre legekontinuitet, og gammel løsning blir suboptimal.

Klinikk for medisin:

Nevrologisk avdeling har ALS sykepleier/koordinator og tumorsykepleier/koordinator.

Kontaktlegeordning fungerer ikke optimalt.

Klinikk for kvinne-barn:

Kronikere/pasienter med langvarig behov har kontaktlege. Det opprettes dialog og samarbeid med primærhelsetjenesten der det er behov inkl. opprettelse av IOP.

Klinikk for kirurgi:

Det er sjeldent aktuelt for pasienter i klinikk for kirurgi.

<p>3.4 Pasientforløp</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det vises til «Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og den norske legeförening om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene», inngått høsten 2023. Helseforetaket skal legge til rette for økt samhandling og koordinering mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten i tråd med inngått rammeavtale. 	
<p>Status juni: Målet er nådd.</p> <p>Økningen i honorar fra 1050 kr per time til 1400 kr per time har som konsekvens at man må redusere bruken eller øke budsjettene til samhandlingslegene.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt strukturering og plan for tilstedeværelse. • Reviderte avtaler i tråd med ny rammeavtale er utarbeidet.
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap-, fødsels- og barseltiden, blant annet gjennom å øke antall jordmødre som har tilknytning til både sykehus og kommuner. 	
<p>Status juni: Målet er ikke nådd.</p> <p>Sykehuset har gjennom Helsefellesskapet utarbeidet retningslinje knyttet til samarbeid om svangerskap og barselomsorg. Målet er at pasienter skal oppleve en mest mulig sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.</p> <p>Retningslinje ble sist revidert i 2023.</p> <p>Det er utfordrende å få med kommunehelsetjenesten på å ansette jordmødre i kombinasjonsstillinger (se pkt. 2.1).</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinikkk for kvinne-barn deltar med representant i SSU og FSU. • Kvinneklinikken arrangerer samarbeidsmøter med jordmortjenesten/helsestasjoner 2 ganger per år (vår og høst). • Planlegger samarbeid ift. kombinasjonsstillinger med kommunene (se pkt 2.1). • Løpende dialog og samarbeid med kommunehelsetjenesten. • Planlegger samarbeid med Moss kommune relatert til svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen.
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal arbeide systematisk med prioritering på alle nivåer i tjenesten for å sikre effektiv bruk av fellesskapets ressurser, best mulig bruk av personellens kompetanse, og for å unngå overdiagnostikk og overbehandling. 	
<p>Status juni: Målet er nådd.</p> <p>Det arbeides strukturert med prioriteringer både på stab- og klinikknivå. Dette har gjennom året vært fast tema på dialogmøter med stab og klinikk.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Prioritering av pasienter i livets slutfase er etablert som prosjekt i samarbeid med kommunene.</p> <p>«Kloke-valg-kampanjen», f.eks. gjennomgang av bruk av bilde- og laboratoriediagnostikk.</p> <p>Vi forholder oss til nasjonale prioriteringsveiledere og deltar i arbeidet med revidering av disse.</p>
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p>	

<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal sørge for at alle potensielle donorer blir vurdert for organdonasjon. Det skal sikres at helseforetaket har tilstrekkelig kompetanse på området samt rutiner for at aktuelle pasienter på intensivavdelinger systematisk vurderes med tanke på organdonasjon. Vurderingene skal dokumenteres i intensivregisteret. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd. Donorvirksomheten ved sykehuset er godt regulert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Østfold Kalnes har én intensivavdeling, og alle potensielle donorforløp foregår på denne avdelingen. Det er etablert et donorteam bestående av to intensivsykepleiere og en anestesilege. Det foreligger prosedyrer som regulerer donorvirksomheten i sykehuset. Prosedyrene er implementert og tilgjengelige i sykehusets kvalitetssystem; EK. Disse er revidert juni 2024. Alle potensielle donorer og gjennomførte donasjoner registreres i et eget register i Medinsight. Informasjonen oppdateres etter hvert donasjonsforløp av donoransvarlig lege. Vurderinger av potensielle donorer dokumenteres i intensivregisteret. Donoransvarlig lege og sykepleiere deltar på regionale møter for donoransvarlige leger (DAL) og donoransvarlige sykepleiere (DAS) i regi av Ullevål Sykehus. Det gjennomføres fortløpende opplæring og undervisning av medarbeidere. Donorvirksomheten i SØ rapporteres til Helsedirektoratet årlig og i iht. plan. Sykehuset inngår i Statens helsetilsyn sitt landsomfattende tilsyn med organdonasjon ved godkjente donorsykehus i 2024. Tilsynet gjennomføres høst 2024. 	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <p>Helseforetaket skal videreføre arbeidet med å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.</p>	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd. Det foregår kontinuerlig arbeid med funksjonsfordeling Moss – Kalnes innenfor elektiv virksomhet.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal rapportere på hvordan den kommende retningslinjen for fødselsomsorgen blir satt i verk, spesielt hvordan anbefalingen om kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor i aktiv fase av fødselen følges opp. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ny/revidert faglig retningslinje for fødselsomsorgen ble publisert 04.03.24. I retningslinjene er det kommet anbefaling om jordmorbemanning i fødeinstitusjoner: Rutiner for bemanning av jordmødre i fødeinstitusjoner - Helsedirektoratet. Målet er at bemanningen er iht. krav til kvinneklinikker og tilstrekkelig til å kunne gi forsvarlig fødselshjelp og barselomsorg, samt sikre at vi har avsatt tid til nødvendig faglig oppdatering, trening i akutte hendelser og dekning for ferie og annet fravær. 	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vi har planer om å gjennomføre en gap-analyse ift. om SØ følger anbefalingene i revidert retningslinje. Gjennomføre bemanningsanalyse av jordmorbemanning som forberedelse til budsjettprosess 2025. Belyse hvordan fødepopulasjonen i Østfold får konsekvens for bemanning og kompetansebehov både i SLM og for styret + andre fora.

<ul style="list-style-type: none"> SØ har allerede fått analysert fødepopulasjon og antall fødsler per jordmor med bistand fra analysesjef i HSØ. Nye tall mottatt i 2024. Tallene viser at SØ har flere fødsler per jordmor og økt andel fødende med komplikasjoner enn gjennomsnittet i HSØ. Status er at jordmorbemanning IKKE er i tråd med anbefalingene i retningslinjen. Legebemanningen med 3 sjikt tilstede er i tråd med retningslinjen sett opp mot pasientpopulasjon og aktivitet. Men klinikken mangler spesialister - dette jobbes med (rekruttering av overleger/spesialister og utdanning av LIS). Krav om 1:1 omsorg i aktiv fase av fødsel praktiseres. Krav om 1:1 omsorg fravikes unntaksvis og kun dersom driftssituasjonen krever omprioritering av oppgaver og personell. Avvik rapporteres i Synergi. Det registreres antall 1:1 timer i aktiv fødsel i pasientjournalssystemet – Partus - slik at vi får ut oversikt over etterlevelse i praksis. 	<ul style="list-style-type: none"> Sak i sykehusledermøtet vedr. legebemanning KK (vaksjikt) viderebehandles i ØLP og budsjettprosess 2025.
<p><i>3.5 Behandlingstilbud</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning den første uken etter utskriving. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Kvinneklubben har tilbud om oppfølging på barselklinikken alle dager for barselkvinner og nyfødte etter utskrivelse fra barsel. Vi har konkludert med at dette er tilbud i tråd med oppdraget.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p><i>3.5 Behandlingstilbud</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal, i samarbeid med kommuner, gjennomgå og vurdere de konkrete forbedringstiltakene som er foreslått i Helsedirektoratets rapport «Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei», og sette i verk tiltak for å forbedre følgetjenesten for gravide. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>SØ har, per definisjon beskrevet i Nasjonal veileder i fødselsomsorg under punktet: Følgetjeneste og døgnkontinuerlig beredskap - Helsedirektoratet, ikke behov for å etablere organisert følgetjeneste da reisevei for fødende i Sykehuset Østfold sitt opptaksområde er under 1 time.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jordmor fra SØ rykker ut sammen med ambulanspersonell når driftssituasjonen tillater det og det er behov for jordmor assistanse ved mistanke om fødsel før ankomst sykehus. Det er ikke bemanning på fødeavdelingen til å rykke ut ved alle forespørsler. Jordmor gir også råd/har telefonisk dialog med ambulanspersonellet ved behov.
<p><i>3.5 Behandlingstilbud</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal etablere et definert rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt i tråd med regional fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. 	

<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering er en ressurs for andre avdelinger i helseforetaket og kommunen. Alle overleger og LIS (fys. med.) samt fysio- og ergoterapeuter som jobber i rehabiliteringsfeltet er samlet under en avdeling for fysikalskmedisin.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (FMR):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablert samarbeidsarenaer og nettverk mellom HF og kommune, FMR er representert i Helsefelleskapet. - Deltar i Rehabiliteringsnettverket Østfold. - Avdelingen har dannet ressursgruppe for rehabilitering (avd. sjef, med. faglig overlege, seksjonsledere og fagansvarlig deltar). - Avdelingen har flere rehabiliteringskoordinatorer. - Tett samarbeid med andre medisinske avdelinger samt klinikk for kirurgi, f.eks. <ul style="list-style-type: none"> o Poliklinisk lungerehabilitering i SØ Moss. o Etablert hjerterehabiliteringsgrupper på poliklinikk i SØ Moss. - Har medisinsk faglig overlege med spesialitet fysikalskmedisin.
<p><i>3.5 Behandlingstilbud</i></p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal følge opp anbefalingene fra Nasjonal operativ gruppe for revurdering (NOR) om prosedyrer for revurdering og redusere forbruket av følgende prosedyrer: <ul style="list-style-type: none"> o Arroskopisk skulderkirurgi; cuff-sutur og akromionreseksjon jf. vedtak i Beslutningsforum o Øvre endoskopi hos pasienter < 55 år o Koronar angiografi hos pasienter med kronisk myokardisikemi 	
<p>Status juni:</p> <p><u>Arroskopisk skulderkirurgi; cuff-sutur og akromionreseksjon jf. vedtak i Beslutningsforum</u></p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Ortopedisk fagmiljø er kjent med vedtak i Beslutningsforum. De er restriktive mht. bruk av disse prosedyrene.</p> <p><u>Øvre endoskopi hos pasienter < 55 år</u></p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Øvre endoskopi hos pasienter: Det vurderes henvisninger i tråd med «kloke valg». Derfor har gastromedisinsk avdeling hittil lite gastroskopering av pasienter under 45 år (og dermed lite gastroskopering av pasienter under 55 år). Det er meldt til fagdirektør at vi ikke kan påvirke praksis hos avtalespesialister i opptaksområdet, for de svarer til RHF`et. Det er påpekt at hos avtalespesialistene bør ressursbruken dreies vekk fra unødvendig (men inntektsbringende) gastroskopi, og over mot koloskopi. Når det nå er ønskelig å utvide streng praksis til å gjelde helt opp til 55 år, regner vi med at «kloke valg» hos Norsk gastroenterologisk forening vil oppdateres. Vi skal uansett delta i utbredding av «Ta tiden tilbake», som har til hensikt å se på vurderingspraksis.</p> <p><u>Koronar angiografi hos pasienter med kronisk myokardisikemi</u></p> <p>Utfordringen for SØ er at behandlingstilbudet ikke styres av SØ, men av OUS. SØ henviser til OUS, men beslutning om behandling gjøres av OUS. SØ vil fremover analysere om det er større forbruk enn sykkeligheten i Østfold skulle tilsi.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p><i>3.5 Behandlingstilbud</i></p>	

<p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <p>Helseforetaket skal sørge for at aktuelle kandidater (eldre med brudd) identifiseres og tilbys behandling med sekundær osteoporose profylakse (f.eks. Fracture Liaison Service – FLS).</p>	
<p>Status august:</p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Sykehusledermøtet behandlet sak om FLS – Fracture Liaison Service i møte 12.08.24:</p> <p><u>Administrerende direktørs vedtak:</u></p> <p>Med bakgrunn i Annen oppgave 2024 i Oppdrag og bestilling 2024:</p> <ol style="list-style-type: none"> Innkjøp av maskin til måling av bentetthet for diagnostikk av benskjørhet meldes til MTU-investeringsforum i forbindelse med prioriteringer til MTU-investeringsbudsjett 2025. Etablering av Fracture Liaison Service utredes med prosjekt i samarbeid mellom klinikk for kirurgi (ortopedisk avdeling) og klinikk for medisin (avdeling for fysikalsk medisin og behandling og revmatologisk avdeling). Utredningen gjelder opprettelse av en Fracture Liaison Service poliklinikk (FLS) i ortopedisk avdeling i samarbeid med revmatologisk avdeling. Finansieringen dekkes i klinikk for kirurgi, vesentlig av inntekter ved poliklinisk virksomhet. Prosjektet meldes inn i prosjektporteføljen til prosjektkontoret. Saken behandles på nytt i sykehusledermøtet når prosjektet og MTU investeringsforum har konkludert. <p>Oppdatering primo september: SØ har fått 300 000 kr i oppstartsmidler fra Helse Sør-Øst til prosjektet sekundær forebygging av nye brudd (FLS).</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prosjektplan er utarbeidet. Definering av ressurs behov utstyr og bemanning. DXA-maskin vil fremmes til MTU-budsjettet. Samarbeid mellom ortopedisk avdeling og revmatologisk avdeling om behandling.
<p>3.5 Behandlingstilbud</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal gjennomgå organiseringen av behandling av pasienter med kroniske smerter ved sine sykehus. Det skal legges til rette for at pasienter med kroniske smerter blir vurdert for behandling, og at helseforetaket har adekvat kapasitet for denne pasientgruppen. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Utkast til ny Nasjonal veileder for Smerteklinikker (Helsedirektoratet) er nå til høring med høringsfrist 01.07.24. Etter at veilederen er vedtatt, vil vi gjøre en systematisk gjennomgang av organisering av behandlingen av pasienter med langvarige smerter. Tentativt høsten 2024.

<ul style="list-style-type: none"> • Smerteseksjonen i Sykehuset Østfold er underlagt avdeling for anestesileger. Smerteseksjonen er organisert og driftes i henhold til Helsedirektoratets "Veileder for organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker" (utgitt i 2015). • I seksjonen er ansatt psykolog, fysioterapeut, spesialsykepleiere og anestesilege. Per d.d. utredes og behandles primært pasienter med langvarig smerte på smertepoliklinikken; totalt ca. 2000 konsultasjoner per år. Høsten 2024 reetableres intrahospitalt smerteteam med dedikert smertesyepleier. • Behandlingen av pasienter med langvarig smerte er basert på en biopsykososial modell. Modellen har vært benyttet i det internasjonale fagmiljøet knyttet til tverrfaglig smertebehandling siden 60-tallet. Modellen er utviklet for langvarige smerter og anvendes som grunnlag for behandling på smertepoliklinikken i avdelingen. • Det har gjennomgående vært utfordringer med å rekruttere smerteleger, noe som har medført periodevis mangel på legekapasitet. • Smerteseksjonen samarbeider eksempelvis både med Fysikalsk medisinsk avdeling og Senter for lindrende behandling (SLB) og i fagmiljøene anses det som hensiktsmessig med et tettere samarbeid spesielt mellom Fysikalsk medisinsk avdeling og smerteseksjonen. 	
<p>4.1 Sikkerhet og beredskap</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Det vises til gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) og kartlegginger knyttet til kritisk infrastruktur. Helseforetaket skal gjennomgå sine handlingsplaner for kritisk infrastruktur basert på gjennomført ROS-analyse og sørge for at relevante funn følges opp og inngår i helseforetakets oversikt over verdier, øvrige ROS-analyser og risikovurderinger. Eventuelle relevante tiltak skal fremkomme i helseforetakets beredskapsplanverk. Helseforetaket skal kartlegge kritisk infrastruktur hvert 4. år, samtidig med tilstandsvurdering av bygg (neste gang 2028).</i> 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>SØ gjennomførte ROS-analyse av kritisk infrastruktur og bortfall av kritiske tjenester i 2022, samt gjennomgang av beredskapsplanverk for ivaretagelse av helsehjelp ved IKT-bortfall. ROS-analysen vurderes til fortsatt å være adekvat.</p> <p>All infrastruktur ble kartlagt i 2023 i forbindelse med oppgradering av datanettverk.</p> <p>ROS av teknisk infrastruktur er gjennomført og forankret i sykehusledermøtet og styret som forutsatt fra HSØ.</p> <p>Tiltaksplan er etablert på bakgrunn av dette.</p>	

<p>4.2 Klima og miljø</p> <p><u>Annen oppgave 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal bidra i det regionale helseforetakets arbeid med å utarbeide en oversikt over utslippsbaner for hvordan ulike tiltak vil påvirke framtidig samlet CO₂-utslipp for spesialisthelsetjenesten. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Sykehuset Østfold arbeider med handlingsplan for klima og miljø. Denne inkluderer tiltak som vil bidra til måloppnåelse av spesialisthelsetjenestens klima og miljømål.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Spesialisthelsetjenestens hovedmål for klima og miljø er 40 prosent reduksjon av CO₂e-utslipp innen 2030. Identifisering av tiltak pågår. Til høsten skal RHFet ha ferdigstilt et verktøy som skal benyttes av helseforetakene ved identifisering og innrapportering av tiltak. Tiltakene vil være input til RHFets oversikt over utslippsbaner.</p>
<p>4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal delta i kartleggingsanalyse fra Sykehuspartner HF for å få mer eksakt informasjon om oppgraderingsbehovet av de lokale IKT-rommene inkludert prisestimat for dette arbeidet. anbefalt oppgraderingsplan per helseforetak må hensynta planene for nye bygg der dette er relevant, for å minimere «sunk cost». Videre må planene koordineres med planene for modernisering av nett ved helseforetakene. Arbeidet må skje i tett samarbeid mellom Sykehuspartner HF og både teknologi og eiendom ved det enkelte helseforetak og forankres med administrerende direktør ved helseforetaket. 	
<p>Status per juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>

<p>Målet er nådd. Teknologi og e-helse: Sykehuset Østfold følger opp Sykehuspartner sine prosjekter i "Delportefølje Infrastruktur". Planen til SP er at SØ skal starte opp Modernisering av nett fase 3 Q3 2025.</p> <p>FM: Kartlegging: Er gjort ved alle lokasjoner. Vurdering og plan for endelig løsning: Noen lokasjoner gjenstår Utførelse: Noen lokasjoner gjenstår</p> <p>Det ble gjort en prioritering av prosjektgruppen i 2020 på hvilke lokasjoner som skulle tas i den runden. Det ble da bestemt at vi skulle oppgradere St. Joseph (Prosjektnummer ABA212), Haldenklubben, Åsebråten, Sarpsborgklubben og Moss. Det er nå Moss som gjenstår på denne listen på prosjektnummer ABA211.</p> <p>De gjenstående lokasjonene utover lokasjoner nevnt over:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulansestasjon Indre 2. Sarpsborg Helsehus 3. Fredrikstad Helsehus/Ambulansestasjon Fredrikstad 4. ACT Moss 5. Tune Senter 6. Ambulansestasjon Halden <p>Disse lokasjonene er en blanding av leide og ett eid bygg. SØ har IKT-utstyr på alle disse lokasjonene i datarom av ymse kvalitet. Det er gjort en vurdering sammen med SP Infrastrukturprosjektet på hva som bør gjøres, og det er estimert en kostnad på oppgradering på inntil 7 millioner kroner (estimert investeringsspenn ligger fra 2,35 mill. til 7,0 mill.). Estimater er utregnet med grunnlag i en arealkostnad/erfaringstall.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnadene knyttet til dette prosjektet (Kommunikasjons- rom og nettverkskomponenter) må spilles inn i budsjettprosessen for 2025. • Planlegging av ressurser • Vurdering og plan for endelig løsning: <ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre dette på gjenstående lokasjoner (Nr. 1 – 6). - Kritisk vurdere omfang av løsninger. - Hensynta arealbruksplan for de enkelte lokasjoner. - Sette av nødvendige midler i investeringsbudsjett.
<p>4.3 Teknologi, digitalisering og informasjonssikkerhet</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Helseforetaket, med underliggende virksomheter, skal som hovedregel ha nettstedene sine på felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP). Det vil sikre deling av innhold nasjonalt, krav til personvern, universell utforming og informasjonssikkerhet. Helseforetaket skal kartlegge og vurdere risikoen ved nettsteder som har andre publiseringsløsninger enn FNSP. Dersom det er nettsteder som inneholder informasjon til pasienter og pårørende, skal disse flytte til FNSP. Helseforetaket skal også prioritere å flytte nettsteder med innhold som kan styrke spesialisthelsetjenestens og helseforetakets posisjon som attraktiv arbeidsgiver og som ledende aktør innen helseforskning, utdanning og opplæring av helsepersonell. Eventuelle unntak skal avklares med lokal kommunikasjonsdirektør.</i> 	
<p>Status juni: Målet er nådd.</p> <p>Alle nettstedene til SØ er flyttet over til FNSP, dette var vi ferdig med i 2022.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>4.4 Oppfølging av Riksrevisjonens undersøkelser</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Det vises til Dokument 3:6 (2023–2024) Utnyttelse av IT-systemer på sykehus. Helseforetaket skal vurdere forbedringsarbeid i lys av rapporten, og følge opp hovedfunn, vurderinger og anbefalinger.</i> 	

<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>SØ jobber strukturert med sammenhengen mellom teknisk løsning og arbeidsprosesser/brukervennlighet. SØ har deltagere med i de regionale prosjektene for å sikre at arbeidsprosessene hensyntas eller endres og at brukervennligheten sikres så godt som mulig i prosjektene.</p> <p>I lokale prosjekter jobber IKT og E-helse sammen med brukerne for tilpasning og utvikling. SØ benytter mobilitetsprinsippet og utvikler apper for å kompensere for manglende integrasjoner og funksjonalitet.</p> <p>Gevinstoppfølging: SØ har en egen gevinstkoordinator – og har i sin prosjektportefølje eget fokus på gevinster og kost/nytte.</p> <p>Informasjonsflyt mellom løsningene: SØ har stort fokus på integrasjoner og deltar i forbedringsporteføljen som styres av SP.</p> <p>Gjenbruk av data: SØ har eget datavarehus og koblinger opp mot regionalt datavarehus. Det er fokus på AI knyttet til dataunderlag – der vi per i dag har 2 predikasjonsprosjekter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - SØ planlegger nå for nye interaktive måter å gjennomføre opplæring på (Tilpasset opplæring). - Det planlegges for ibruktakelse av Robotic Process Automation (RPA) (automatisering av arbeidsprosesser). - SØ har ansatt egen medisinsk fagsjef teknologi.
<p>4.5 Bygg og eiendom</p> <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal i 2024 evaluere innført kostnadsdekkende husleieordning. 	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Budsjettøytral internhusleie er innført. Har kun gjort uformell evaluering Plan om formell evaluering i 2. halvår.</p>	<p>Plan om formell evaluering i 2. halvår.</p>
<p>4.6 Prosjektstyring</p> <p>Det vises til utfordringer helseforetakene har i enkelte større investeringsprosjekter, spesielt når det kommer til implementerings-/mottaksfasen. Det må etableres gode rutiner for implementerings-/mottaksfasen. Det er tidligere gitt krav om evaluering av alle prosjekter. Implementerings-/mottaksfasen skal også inkluderes i evalueringen, for å muliggjøre erfaringsoverføring mellom ulike prosjekter, helseforetak og helseregioner. Helseforetaket skal arbeide med god prosjekteier- og prosjektstyring for større investeringsprosjekter.</p>	
<p>Status juni:</p>	<p>Tiltak/effekt:</p>
<p>Målet er nådd.</p> <p>SØ har etablert gode rutiner for gjennomføring av alle prosjekter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alle prosjekter må skrive sluttrapport som beskriver hva som er gjort, hva har vært bra og hva bør bli bedre, og hvordan få til overgang fra prosjekt til drift. • Det rapporteres på alle prosjektene til porteføljestyret hvor det synliggjøres både koordinering av prosjekter, resultatet av prosjektet etter avslutning og risiko.

	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjekteiere har gjennomgått opplæring i prosjekteierstyring.
<p>4.7 Rapportering</p> <p>Regjeringen ønsker å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten. Helseforetaket skal regelmessig gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering internt, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen.</p>	
Status juni:	Tiltak/effekt:
<p>Målet er ikke nådd. Kritisk gjennomgang av interne rapporteringer er planlagt høsten 2024.</p>	
<p>4.8 Pasientreiseområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gevinstrealisering innen pasientreiseområdet</i> Pasientreiser HF skal dokumentere gevinster og gevinstrealisering internt i foretaket og i de fire helseregionene. Denne dokumentasjonen skal innarbeides i årlig sak om kostnadsutvikling på pasientreiseområdet. Helseforetaket skal rapportere tertialvis til Helse Sør-Øst RHF, basert på aktiviteten utført ved helseforetakets pasientreiskontor, om helseforetakets faktiske gevinstuttak (definerte KPI-er fra tiltakene). 	
Status juni:	Tiltak/effekt:
<p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Pasientreiser SØ arbeider aktivt med alle tiltakene som pågår innenfor pasientreiseområdet (se nedenfor for mer detaljer). Flere av tiltakene er i startfasen og det er for tidlig å måle eventuelle gevinster. Når det gjelder kostnadsutviklingen så rapporteres dette årlig til Pasientreiser HF (november), men innad i SØ følges kostnadsutviklingen fra måned til måned. Målet settes til delvis nådd som følge av at det per dags dato ikke er mulig å dokumentere gevinster/gevinstrealisering for flere av tiltakene.</p>	<p>Pasientreiser HF har utviklet nye rapporter i Radar og SØ vil benytte seg av disse til å måle eventuelle gevinster av ny rekvisisjonspraksis.</p>
<p>4.8 Pasientreiseområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Effektivisering og kvalitetsfremmende tiltak innen reiser med rekvisisjon</i> Helseforetaket skal, i samarbeid med de regionale helseforetakene og Pasientreiser HF, videreføre arbeidet med effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon. 	
Status juni:	Tiltak/effekt:
<p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Det er flere pågående tiltak innenfor pasientreiseområdet og tre av dem er beskrevet mer detaljert i punktene nedenfor (ny rekvisisjonspraksis, innmelding klage og avvik og serviceparametere). I tillegg arbeides det med å øke bruken av dagens selvbetjeningsløsning og få flere pasienter til å benytte egen bil/offentlig kommunikasjon til/fra behandling. Det er en økning i bruk av selvbetjeningsløsningen, mens det ikke er registrert noen endring i at pasienter benytter egen bil/offentlig transport.</p>	<p>Brukerstøtte (05515) arbeider aktivt med å få pasientene til å benytte selvbetjeningsløsningen ved å informere om at pasientene selv kan bekrefte og avbestille reiser via Helsenorge. Internt i SØ informeres det aktivt om at hovedregelen er at pasientene skal komme seg til/fra behandling på egenhånd. Det vurderes å endre innkallingsbrevene til pasientene slik at budskapet kommer tydeligere fram.</p>

<p>4.8 Pasientreiseområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> Ny rekvisisjonspraksis Pasientreiser HF skal pilotere vedtatt rekvisisjonspraksis sammen med helseforetakene i 2024 med sikte på nasjonal implementering primo 2025. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Nasjonalt pilot startet 19.02.24, SØ ble med i pilotfasen fra uke 22 (som planlagt). Per i dag har vi med 3 behandlingssteder og hittil har det fungert bra. Nasjonalt er det en bekymring om at det er for få behandlingssteder og for få pasienter som benytter løsningen. Antallet må økes betraktelig for at man skal få testet ny rekvisisjonspraksis på en tilfredsstillende måte, men det betinger også at Pasientreiser HF sørger for at de ulike journalsystemene kan kommunisere med attestasjonsløsningen i Nissy.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Nasjonalt: Integrasjon mellom journalsystemer og attestasjonsløsningen i Nissy må på plass og antall behandlingssteder og antall rekvisisjoner generert via selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no må økes.</p> <p>Lokalt: Utvide med antall behandlingssteder og pasienter som kan ta i bruk den nye løsningen. Jobbes konkret mot Øyeavdelingen i SØ.</p>
<p>4.8 Pasientreiseområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> Innmelding klage og avvik Pasientreiser HF skal i 2024 igangsette arbeidet med neste fase i utvikling av selvbetjeningsløsning for reiser med rekvisisjon som skal gi innbygger mulighet til å melde inn et avvik eller en klage. Helseforetaket skal gjøre nødvendige forberedelser for kommende løsning, herunder tilpasse og følge anbefalinger i felles retningslinjer for avviksmelding og oppfølging. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Det er fagforum for innbyggertjenester som er ansvarlig for denne aktiviteten. Pasientreiser SØ har en representant i fagforumet som vil delta i det videre arbeidet med dette tiltaket.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>SØ vil delta aktivt i arbeidet utover høsten og tilpasse våre løsninger slik at de samsvarer med de nye retningslinjene for innmelding av klage og avvik.</p>
<p>4.8 Pasientreiseområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> Serviceparametere Helseforetaket skal følge opp og rapportere utviklingen på felles regionale serviceparametere. 	
<p>Status juni:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Pasientreiser HF utarbeider rapporter hver måned som viser utviklingen nasjonalt, per region og per helseforetak (HF). Pasientreiser SØ oppfyller de fleste parameterne, men som alle andre HF så når vi ikke helt opp når det gjelder parameteren <i>Pasient levert i tide</i>. Kravet er 98 % punktlighet, SØ ligger rundt 95 %.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Det er flere årsaker til at det er krevende å nå målet for parameteren <i>Pasient levert i tide</i>. Det jobbes aktivt med å få behandler til å rekvirere god nok kjøretid, at pasient er klar når transport kommer, at pasientreisekontorer planlegger på en god måte og at sentralene tildeler oppdragene tidsnok og har tilstrekkelig kapasitet.</p>

<p><i>5.1 Økonomiske krav og rammer</i></p> <p>Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre god kvalitet i pasientbehandlingen. Det er fortsatt behov for omlegging i driften ved mange sykehus for å komme tilbake til en ordinær drift etter pandemien.</p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Østfold HF skal i 2024 basere sin virksomhet på de tildelte midler. Sykehuset Østfold HF skal benytte midlene som er stilt til rådighet, på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Resultatkrav skal nås gjennom god drift og riktig bruk av ressurser. <p><u>Annen oppgave 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF i oppdrag og bestilling og foretaksmøter, slik at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid. 	
<p>Status juli:</p> <p>Målet er ikke nådd. Resultat per juni viser 49 millioner kroner i negativt budsjettavvik, per juli viser resultatet 47,2 millioner kroner i negativt avvik. Det forventes en positiv utvikling resten av året basert på forventet resultat av tiltak i Program balansekraft og bevilget økt basisramme, slik at målet vil bli nådd for året.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Program balansekraft.</p>
<p><i>5.1 Økonomiske krav og rammer</i></p> <p><i>Resultatkrav</i></p> <p><u>Mål 2024</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Årsresultat 2024 for Sykehuset Østfold HF skal minst være på 25 millioner kroner. 	
<p>Status juli:</p> <p>Målet er ikke nådd. Resultat per juni viser 49 millioner kroner i negativt budsjettavvik, per juli viser resultatet 47,2 millioner kroner i negativt avvik. Det forventes en positiv utvikling resten av året basert på forventet resultat av tiltak i Program balansekraft og bevilget økt basisramme, slik at målet vil bli nådd for året.</p>	<p>Tiltak/effekt:</p> <p>Program balansekraft.</p>

5.1 Økonomiske krav og rammer

Likviditet og investeringer

Annen oppgave 2024

- Helseforetakets styring av samlet likviditet skal skje innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer.
 - **Det forventes måloppnåelse per 31.12.24.**
- Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettresultat for 2024 skal ikke benyttes til investeringer i 2024 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.
 - **Målet er nådd.** SØ følger etablerte prinsipper og retningslinjer.
- Det skal tas høyde for resultatrisiko og risiko ved pågående investeringsprosjekter før etablering av nye investeringsforpliktelser.
 - **Målet er nådd,** det tas høyde for dette.
- Helseforetak med regionalt prioriterte prosjekter i gjennomføringsfase skal oppdatere gevinstoversikter og øvrige økonomiske tiltak ved årlig rullering av økonomisk langtidsplan. Førstkommende år fra økonomisk langtidsplan skal innarbeides i årsbudsjett, og rapporteres i helseforetakets tertialvise rapportering. Oppdatering av gevinstoversikter skal vises som endringer mot forprosjektets gevinstrealiseringsplan, med forklarende kommentarer. Helseforetaket må føre endringslogg for hvert enkelt prosjekts gevinstrealiseringsplan.
 - **SØ har ingen prosjekter regionalt prioriterte prosjekter p.t.**

5.2 Aktivitetskrav

Annen oppgave 2024

- Sykehuset Østfold HF skal i 2024 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.

Aktivitet i 2024	Somatikk	VOP	BUP	TSB	Total
ISF-poeng (døgn, dag, poliklinikk og pasientadm. legemidler) i henhold til sørge-for-ansvaret	91 694	15 240	14 145	5 775	
Pasientbehandling					
Antall utskrivninger døgnbehandling	47 579	2 692	291	660	
Antall liggedøgn døgnbehandling	154 312	53 128	3 136	9 761	
Antall oppholdsdager dagbehandling	52 662	1 760	982	0	
Antall inntektsgivende polikliniske opphold	334 978	71 809	41 053	26 745	474 585

Status juli:

Aktiviteten er i henhold til plan per juli for alle områder unntatt polikliniske konsultasjoner innen VOP og TSB.

Tiltak/effekt:

Tidligere oppdrag i Oppdrag og bestilling Sykehuset Østfold der målet ikke er nådd.

- Noen oppdrag som ikke var nådd er likelydende i 2024 og er ikke tatt med her.
- Noen oppdrag som ikke var nådd er gjentatt, men med en annen ordlyd, disse er heller ikke tatt med her.

Årlig melding 2023:

3.1.2 Tvangsbruk psykisk helsevern

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

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

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

Status august 2024:

Det er mindre bruk av mekaniske tvangsmidler i 2024, både når det gjelder antall vedtak og lengde på vedtakene (se tabell under).

Antall tvangsinnleggelser 836 t.o.m. august 2024.

Tiltaksplan er utarbeidet – styret er informert se styresak. [Styre \(sykehuset-ostfold.no\)](http://sykehuset-ostfold.no)

Årlig melding 2023:

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

Målet er delvis nådd.

Befolkningstallene for 2023 gjelder pr november.

Per 31.10.23

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

Tiltak:

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

Status august 2024:

Gjelder for alle 4-8 vedtak. Befolkningstallene er hentet fra SSB sin database.

Per 31.05.23*

PHV	Antall vedtak	Antall pasienter	Pr 100 000
2021	2223	175	68,6
2022	2092	188	72,7
2023 (pr 31.05.23)	429	103	39,2
PHBU			
2021	193	15	23,1
2022	13	5	20,0
2023 (pr 31.05.23)	22	11	16,8

Per 31.10.23*

PHV	Antall vedtak	Antall pasienter	Pr 100 000
2021	2223	175	68,6
2022	2092	188	72,7
2023 (pr 31.10.23)	1135	182	69,3
PHBU			

<p>bedret samarbeid mellom medarbeidere som bistår hverandre ved utagerings situasjoner og utløst alarm.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Daglig vurdering av tvangsbruk i behandlingsmøter: Det gjennomføres daglige tverrfaglige møter, hvor blant annet tvangsbruken og videre pasientbehandling drøftes. Forventet effekt er riktigere bruk av tvang. ○ Fokus på korrekt registrering: Det arbeides kontinuerlig med korrekt registrering. Det gjennomføres et heldagskurs i opplæring for ansvarshavende, for opplæring om beslutning og nedtegning av vedtak om tvangsmidler. • Det er en opplevelse av at det er knapt med areal i psykisk helsevern. Crowding er en kjent risikofaktor for adferdsutfordringer og dette kan ha betydning for anvendelse av tvang. 		<table border="1"> <tr><td>2021</td><td>193</td><td>15</td><td>23,1</td></tr> <tr><td>2022</td><td>50</td><td>13</td><td>20,0</td></tr> <tr><td>2023 (pr 31.10.23)</td><td>44</td><td>16</td><td>24,4</td></tr> </table> <p>Per 31.05.24*</p> <table border="1"> <thead> <tr><th colspan="4">PHV</th></tr> <tr><th>År</th><th>Antall vedtak</th><th>Antall pasienter</th><th>Pr 100 000</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2021</td><td>2223</td><td>175</td><td>68,6</td></tr> <tr><td>2022</td><td>2092</td><td>188</td><td>72,7</td></tr> <tr><td>2023</td><td>1474</td><td>201</td><td>76,5</td></tr> <tr><td>2024 (pr 31.05.24)</td><td>533</td><td>96</td><td>36,1</td></tr> <tr><th colspan="4">PHBU</th></tr> <tr><td>2021</td><td>193</td><td>15</td><td>23,1</td></tr> <tr><td>2022</td><td>50</td><td>13</td><td>20,0</td></tr> <tr><td>2023</td><td>57</td><td>17</td><td>25,9</td></tr> <tr><td>2024 (pr 31.05.24)</td><td>24</td><td>9</td><td>13,7</td></tr> </tbody> </table>	2021	193	15	23,1	2022	50	13	20,0	2023 (pr 31.10.23)	44	16	24,4	PHV				År	Antall vedtak	Antall pasienter	Pr 100 000	2021	2223	175	68,6	2022	2092	188	72,7	2023	1474	201	76,5	2024 (pr 31.05.24)	533	96	36,1	PHBU				2021	193	15	23,1	2022	50	13	20,0	2023	57	17	25,9	2024 (pr 31.05.24)	24	9	13,7	
2021	193	15	23,1																																																								
2022	50	13	20,0																																																								
2023 (pr 31.10.23)	44	16	24,4																																																								
PHV																																																											
År	Antall vedtak	Antall pasienter	Pr 100 000																																																								
2021	2223	175	68,6																																																								
2022	2092	188	72,7																																																								
2023	1474	201	76,5																																																								
2024 (pr 31.05.24)	533	96	36,1																																																								
PHBU																																																											
2021	193	15	23,1																																																								
2022	50	13	20,0																																																								
2023	57	17	25,9																																																								
2024 (pr 31.05.24)	24	9	13,7																																																								
<p>Årlig melding 2023:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Antall LIS i psykiatri skal økes sammenlignet med 2022.</i> <p>Målet er ikke nådd. Det har vært en nedgang i antall budsjetterte stillinger til LIS3 psykiatri fra 2022 til 2023 grunnet å få kvalifiserte søkere. Mange stillinger blir derfor stående tomme over tid. For å unngå manglende behandlerkapasitet er disse stillingene omgjort til andre behandlerstillinger.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det ble etablert tre nye LIS1-stillinger fra 01.09.23, med binding til psykisk helsevern. Disse tre stillingene skal ha tredelt turnustjeneste (medisin, ortopedi/kirurgi, psykisk helsevern), og får tilbud om stilling i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling etter gjennomført LIS1. 		<p>Status august 2024:</p> <p>Målet er nådd.</p> <p>Den tredelte turnustjenesten som ble etablert med 3 LIS-stillinger i psykisk helsevern fra 01.09.23 hadde en opptrappingsplan, dvs. at det kom 3 nye vårsemesteret 2024, og 3 nye fra 01.09.24. Neste opptrapping blir med 3 nye fra 01.03.25. Da er det totalt 12 LIS i turnustjeneste i psykisk helsevern. Ordningen fortsetter videre slik at det alltid er planlagt for 12 LIS i turnustjeneste i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling.</p>																																																									
<p>Årlig melding 2023:</p>		<p>Status august 2024:</p> <p>Innleie er redusert.</p>																																																									

*Tallene pr mai og pr oktober kan ikke sammenlignes med hele år.

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

Målet er delvis nådd.

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

Tiltak i denne handlingsplanen har vært å:

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

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

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

Tiltak:

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

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

I psykisk helsevern leies det inn for dekning av 50 % av vakante stillinger for psykiatere og spesialistpsykologer. Dette følges opp og rapporteres i de månedlige oppfølgingsmøtene med administrerende direktør.

<p>Årlig melding 2023:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal ha særlig oppmerksomhet på sårbare barn og unge, herunder legge til rette for økt antall medisinske undersøkelser i Statens barnehus. </div> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Tiltak: Det er bemannet med sykepleier og lege ved Statens barnehus som avtalt, men SØ har ikke klart å levere tjeneste 2 dager per uke som avtalt på grunn av mangel på sosialpediater i en periode. Ved behov og på forespørsel har SØ tatt imot barn til undersøkelse ved eget barnemottak på Kalnes.</p>	<p>Status august 2024: Målet er nådd.</p>
<p>Årlig melding 2023:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal gjennomføre minst to kliniske fagrevisjoner etter anbefalinger fra Regional veileder for kliniske fagrevisjoner. Valg av revisjonstema baseres på analyser av egne resultater fra kvalitetsregister/helseatlas/nasjonale kvalitetsindikatorer der helseforetaket oppnår dårligere resultater enn virksomheter det er naturlig å sammenligne seg med. </div> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>Det planlegges klinisk fagrevisjon av fagområdet gastrokirurgi med fokus på 5 års overlevelse etter colorektalkreft. For kvinner har SØ resultat på 70,2 % som er bedre enn nasjonal målsetting på 68 %. Revisjon er ikke gjennomført pga. pågående tilsyn, men starter opp når ressursene er tilgjengelige.</p> <p>Klinisk fagrevisjon planlagt med tema (førstegangs) hjerteinfarkt NSTEMI og andel pasienter som får angiografi innen anbefalt tid 72 timer 61,7 % mot landsgjennomsnittet på 70,5 %, er utsatt pga. prioritering av ressurser til tilsyn og revisjon på overlevelse etter colorektalkreft.</p>	<p>Status august 2024: Målet er ikke nådd. Begge de to kliniske fagrevisjonene som er planlagt, gjennomføres i 2. halvår.</p>
<p>Årlig melding 2023:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal i løpet av 2023 ha implementert pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. Pakkeforløpet gjelder alle kreftformer, også ved akutt innleggelse og for barn og unge. </div> <p>Målet er delvis nådd.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dataløsningen er på plass. Mange pasienter informerer om at kartleggingen kommer for tidlig i løpet. Mye informasjon under 1-2 oppmøte. God dialog på tvers av helseforetakene og med kommunene. Barn og unge inkluderes fra januar 2024. 	<p>Status august 2024: Målet er nådd. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft er implementert. SØ overvåker utviklingen av antall pasienter på løsningen, og evaluerer pakkeforløpet i samhandling med kommunene desember 2024.</p>

<p>Årlig melding 2023: 3.4.1 Beredskap og sikkerhet</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Med bakgrunn i det ovennevnte skal helseforetaket <ul style="list-style-type: none"> ○ delta i internasjonale innsatsteam og kapasiteter, og bidra i arbeidet med å videreutvikle disse i samarbeid med DSB og Helsedirektoratet med bakgrunn i gjennomførte evalueringer, herunder NOR EMT og helseteam. ○ bidra i utviklingen av operative beredskapsplaner koordinert med Forsvaret i hele krisespekteret basert på erfaring og kunnskap fra piloten i Helse Nord RHF. ○ etablere nasjonalt begrenset nett (NBN) (tekst og tale). ○ sikre robust infrastruktur, kompetanse og bemanning i AMKene (gjelder helseforetak med AMK). </div> <p>Prikkpunkt nr. 1: Målet er nådd. SØ har per dags dato ikke personell som deltar i internasjonale innsatsteam, herunder NOR EMT, utover personell som deltar i beredskapsteam i Forsvaret. Personell som deltar på beredskapsteam i Forsvaret, gjennomfører dette hjemlet i Forsvarsloven §2 og §17 og Arbeidsmiljøloven §12.12.</p> <p>Prikkpunkt nr. 2: Målet er ikke nådd. Det er innhentet utfyllende opplysninger fra møte i regionalt beredskapsutvalg 07.06.23. Lokale helseforetak skal ikke ta initiativ mot Forsvaret i opptaksområdet (Heimevernet), men avvente eventuelle føringer fra arbeidet om helseberedskap i rammen av Totalforsvaret som pågår nasjonalt og regionalt. Per 22.12.23 har det ikke kommet ytterligere opplysninger eller føringer fra HSØ og muntlige opplysninger fra beredskapsavdelingen i HSØ tilsier at dette først vil komme i 2024.</p> <p>Prikkpunkt nr. 3: Målet er nådd. Dato for montering ble noe forsinket, men løsningen er etablert og er operativ fra 04.01.24.</p> <p>Prikkpunkt nr. 4: Gjelder ikke SØ.</p>	<p>Status for prikkpunkt nr. 2 -primo september 2024: Det har per september 2024 ikke kommet ytterligere føringer fra HSØ. Beredskap ved SØ har vært i dialog med HSØ om dette og per september 2024 er det uavklart når rammene for arbeidet kommer fra HSØ.</p>
<p>Årlig melding 2023:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal etablere planer for blodberedskap. Norsk koordineringssenter for blodberedskap vil bistå. Rammer for arbeidet fastsettes av de regionale helseforetakene i fellesskap. </div> <p>Målet er ikke nådd. Det er innhentet utfyllende opplysninger fra møte i regionalt beredskapsutvalg 07.06.23. Lokale helseforetak skal avvente føringer fra arbeidet om blodberedskap som pågår nasjonalt og regionalt. SØ har bedt om en tydeliggjøring av bestillingen i form av forventet volum, type produkter og beredskapstider. Per desember har SØ ikke mottatt ytterligere føringer vedrørende arbeidet om nasjonal blodberedskap og avventer videre oppfølging til dette foreligger.</p>	<p>Status primo september 2024: Det har per september 2024 ikke kommet ytterligere føringer fra HSØ om arbeidet med nasjonal blodberedskap. Beredskap ved SØ har vært i dialog med HSØ om dette og per september 2024 er det uavklart når rammene for arbeidet kommer fra HSØ.</p>
	<p>Status august 2024:</p>

Årlig melding 2023:

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

Målet er delvis nådd.

Tiltak:

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

Målet er nådd. Oppdraget er fullført.

Pilotere ny rekvisisjonspraksis:

SØ ble med i pilotfasen i uke 22 og rapporterer jevnlig status til pilotprosjektet, samt deltar i regionale møter angående pilotering/innføring av ny rekvisisjonspraksis.

Kartlegging av arbeidsprosesser innenfor RmR:

Formålet med kartleggingen var å utarbeide et beslutningsgrunnlag for en mulig fremtidig anskaffelse av et reiseplanleggingsverktøy for Pasientreiser HF. SINTEF og Pasientreiser HF besøkte 8 pasientreisekontorer som ble utvalgt av regionene i samråd med Pasientreiser HF etter noen felles prinsipper om at man ønsket å besøke kontorer som kunne gi et inntrykk av bredden i planleggingspraksis langs forklaringsfaktorer som geografi, sentralitet, reisemodi og travelhet. Man valgte ut 2 kontorer fra hver region og i HSØ landet man på Pasientreiser OUS og Pasientreiser Vestfold/Telemark. Arbeidet resulterte i en rapport som alle pasientreisekontorene har fått tilgang til og basert på funnene har SINTEF fått i oppdrag å komme med innspill/forslag til en eventuell ny løsning for reiseplanlegging.

Status august 2024:

<p>Årlig melding 2023:</p> <p>3.4.8 Bierverv</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> Sykehuset Østfold HF skal påse at aktuelle retningslinjer, meldeplikt, lovgivning og gjeldende avtaler innen området bierverv er godt kjent og etterleves av alt personell i helseforetaket. </div> <p>Målet er delvis nådd. Sykehuset Østfold opplever at det er dårlig systemstøtte for å ivareta dette kravet. Det burde for eksempel komme et varsel om å fylle ut disse opplysningene. Tiltakene som har vært iverksatt er:</p> <ul style="list-style-type: none"> Regelmessige påminnelser om gjeldende retningslinjer. Dette er lagt inn som tema i malen for medarbeidersamtaler. Det er også tatt med i arbeidsavtalen. Bierverv tas opp som tema med klinikkene i oppfølgingsmøtene. Tydeliggjøre viktigheten av at klinikkene har oversikt over bierverv. 	<p>Ingen endring i status.</p>																										
<p>Årlig melding 2023 – Oppfølging av tidligere oppdrag fra 2022:</p> <p>◇ <i>Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.</i></p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">PHV (D11 og D06)</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>49,5</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>50,0</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>48,4</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PHVBU (D12 og D08)</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>59,1</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>66,9</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>47,5</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TSB</td> </tr> <tr> <td>2021</td> <td>47,6</td> </tr> <tr> <td>2022</td> <td>47,3</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>42,6</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><i>(Tallene er ikke for hele 2023).</i></p> <p>Det er en erfaring at registrering og koding av pasientforløp i DIPS Classic er sårbar for feil – blant annet i forhold til kronologi. Avdelingen har fått tilbakemelding om at små feil gjør at pasientforløpet “lukkes ut” i den samlede oversikten. Reelle antall evalueringer innen frist kan derfor være høyere.</p>	Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling		PHV (D11 og D06)		2021	49,5	2022	50,0	2023	48,4	PHVBU (D12 og D08)		2021	59,1	2022	66,9	2023	47,5	TSB		2021	47,6	2022	47,3	2023	42,6	<p>Status august 2024:</p> <p>Tiltak: Utvikling i registrering av evaluering følges opp i ledermøtet i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. Opplæring i koding følges opp i den enkelte seksjon.</p>
Andel pasientforløp som har gjennomført evaluering av behandling																											
PHV (D11 og D06)																											
2021	49,5																										
2022	50,0																										
2023	48,4																										
PHVBU (D12 og D08)																											
2021	59,1																										
2022	66,9																										
2023	47,5																										
TSB																											
2021	47,6																										
2022	47,3																										
2023	42,6																										

<p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er nedsatt en arbeidsgruppe for å lage rutine for utarbeidelse av behandlingsplan og evaluering av disse, slik at dette kan utføres systematisk på en strukturert måte ved pasientforløpets evalueringspunkter. Arbeidsgruppen er noe forsinket i sitt arbeide. • Utvikling i registrering av evaluering skal følges opp i ledermøtet i klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling. • Opplæring i koding følges opp i den enkelte seksjon. 	
<p>Årlig melding 2023 – Oppfølging av tidligere oppdrag fra 2022:</p> <p>◊ <i>Helseforetaket skal legge til rette for økt presisjonsdiagnostikk på kreftområdet. Det vises til brev av 3. mars 2022 om tildeling av midler til persontilpasset medisin – presisjonsdiagnostikk på kreftområdet.</i></p> <p><i>I Årlig melding 2022 svarte SØ: «Målet er delvis nådd. SØ hadde oppstart av gentester etter sommer 2022, slik at man slipper å sende prøver i like stor grad til OUS. Det jobbes med videre implementering av persontilpasset medisin.»</i></p> <p>Status 2023: I kreftavdelingen er målet delvis nådd.</p> <p>Kapasiteten er fortsatt begrenset. Det arbeides med strukturer med å øke kunnskapen rundt tolkning av laboratoriesvarene.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økende kunnskap. • Som flere sykehus er SØ inkludert i Impred og Impress som har gjort at noen av pasientene har fått persontilpasset medisin (innenfor studie), hvor behandlingen ikke er standard. • SØ deltar i nettverk lokalt, regionalt og nasjonalt. 	<p>Status august 2024: Oppdraget om tilrettelegging for økt presisjonsdiagnostikk er fortsatt delvis oppnådd. Ikke alle vevsprøver med kreft sendes for presisjonsdiagnostikk, men for mange av pasientene gjøres det analyser som påvirker behandling. Ikke alle disse testene analyseres lokalt ved SØ. Mange analyser er kun relevante for visse sykdommer, og noen analysesvar utelukker behovet for andre av analysene.</p> <p>Prøverepertoaret er utvidet senere tid med enkeltgenanalysemulighet på maskinen «Idylla», mot tidligere kun ved analysen Oncomine focus Assay. Sistnevnte gir et større spekter enn oppramset for mutasjoner, men disse er uten tilsvarende behandlingsbetydning.</p> <p>Eksempler på analyser med behandlingsbetydning, som ikke gjøres lokalt, er BRCA1/2 for f.eks. prostatakreft og eggstokkreft.</p> <p>Det er fortsatt deltagelse i den nasjonale studien InPreD/IMPRESS, men pga. lokale ressursutfordringer er det kun svært få pasienter som inkluderes hos oss.</p>
<p>Årlig melding 2023 – Oppfølging av tidligere oppdrag fra 2021:</p>	<p>Status august 2024: I gang.</p>

<p>◇ <i>Helseforetaket skal vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder.</i></p> <p>Målet er delvis nådd. Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none">• Styrking av fagkonsulenter i seksjon voksenhabilitering (HAVO) er gjennomført. Arbeid med utarbeidelse av læringsmål for nyansatte er i gang i HAVO.• Seksjon Habilitering deltar i samarbeidsmøter med ulike kommuner i opptaksområdet. Det er imidlertid utfordrende å få på plass en felles struktur for samarbeid på tvers av de ulike kommunene. Seksjon barnehabilitering er derfor med i underutvalg UBUP som er et fast utvalg som skal jobbe fram tiltak for å styrke samarbeidsstrukturer på vegne av barn og unge med psykisk helse- og habiliteringsutfordringer.	
--	--

<p>Årlig melding 2023 – Oppfølging av tidligere oppdrag fra 2020:</p> <p>◊ <i>Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.</i></p> <p>Målet er ikke nådd.</p> <p>I klinikk for medisin mangler flere avdelinger spesialister – og dermed poliklinikktimer.</p> <p>Pasienter får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning på infeksjonsavdelingen, avdeling for fysikalskmedisin og revmatologisk avdeling.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekruttering av legespesialister øker tilgjengelige timer i langtidsplaner. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Jevnlig utlysning av ledige overlegestillinger • Oppfølging/opplæring av sekretærtjenesten (effekt: fyller timebøker) <p>I klinikk for kirurgi er resultatet per november 78 %. Det har vært en negativ utvikling gjennom hele året. Timebøker er rullet ut (6 mnd.), men det er for lite ressurser tilgjengelig. Mange timer må også avsettes til pakkeforløp og hastepasienter.</p> <p>Kreftavdelingen har normalt en høy andel direktebooking, ligger jevnt rundt 90 %.</p> <p>I klinikk for kvinne-barn er også andel direktebookinger synkende. Legenes arbeidsplaner har ikke vært rullet ut langt nok frem i tid, slik at det har vært færre timer å booke på (kapasitet), 2 til 3 ukers bookinghorisont. Også her er årsaken knyttet til ledige stillinger og dermed stadig endringer i arbeidsplaner (antall leger tilstede). Klinikken har ikke hatt nok leger til elektiv poliklinikk da de har måttet prioriterer vakt, ø-hjelp og postarbeid.</p> <p>Tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsmøter og tett dialog med seksjon pasientservice og booking. • Det gis time direkte i timebok uten spesifikt legesnavn. • Ny arbeidsplan fra november for å bedre booking- og planleggingshorisont. • Sykepleiedrevet FU poliklinikk (forundersøkelse) på kvinneklinikken. • Sykepleiedrevet poliklinikk i barne- og ungdomsklinikken videreutvikles. • Ta i bruk digitale konsultasjonsark. 	<p>Status per juli 2024: Målet er ikke nådd.</p> <p>Definisjon: Andelen pasienter med prioritet kortere enn 4 måneder som innen 10 virkedager får time i første brev.</p> <p>86% av pasienter med prioritet kortere enn 4 mnd fikk time i første brev i perioden januar t.o.m. juli 2024.</p> <p>Kreftavdelingen har nådd målet om 100 %.</p> <p>Klinikk for kirurgi 85 %.</p> <p>Klinikk for medisin og kvinneklinikken har oppnådd 86 %.</p>

Årlig melding 2023 – Oppfølging av tidligere oppdrag fra 2020:

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

Målet er ikke nådd.

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

Tiltak:

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

Status august 2024:

Andel som får hjemmedialyse per 23.08.24 er 23,37 %. Av 154 pasienter får 7 pasienter hjemmeHD (hemodialyse) og 29 pasienter hjemmePD (peritonealdialyse). Det vil alltid være en viss fluktasjon i andel pasienter med hjemmedialyse.

- Det er forankret i legegruppen at førstevalg er peritonealdialyse (PD).
- Det er utarbeidet nyreforløp for kronisk nyresvikt for å optimalisere behandlingen.
- Det utarbeides nyreforløp for PD-sykepleiere for økt fokus på PD-behandling til pasientene ved sykepleiekonsultasjoner.
- Det er innhentet informasjon fra andre sykehus. Seksjonsledere og avdelingssjef ved nyremedisinsk avdeling - hospitering i Vestfold, hvor de har nesten 50 % hjemmedialyse.
- Det planlegges selvdialyserom i SØ - for opplæring til pasienter som kan få denne behandlingen hjemme. Byggrelaterte investeringer er godkjent i SØ, vi venter på godkjenning fra kommunene før ombygging kan starte.
- Det utarbeides et forløp for oppstart av akutt oppstart PD. Det vil gjøre at færre starter akutt på HD.