

**SYKEHUSET ØSTFOLD HF
SØ**

Årlig melding 2015

til Helse Sør-Øst RHF

Sarpsborg, 22. februar 2016

Behandlet i Brukerutvalget i SØ 24. februar 2016.

Behandlet av foretakstillitsvalgte og hovedverneombud 10. februar 2016.

Innhold

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	3
2. SAMMENDRAG	7
2.1 POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER	7
2.2 EVALUERING AV EGEN VIRKSOMHET OG ORGANISERING	10
DEL II: RAPPORTERINGER.....	12
3. RAPPORTERING I FORHOLD TIL OPPDRAG OG BESTILLING 2015.....	12
3.1 VISJON, VERDIGRUNNLAG OG MÅL FOR HELSEFORETAKSGRUPPEN	12
3.2 RESULTATOPPNÅELSE FOR MÅL 2015	13
3.3 TILDELING AV MIDLER	13
3.4 AKTIVITET.....	14
3.5 PASIENTENES HELSETJENESTE	14
3.6 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	16
3.7 PERSONELL, UTDANNING OG KOMPETANSE	18
3.8 FORSKNING OG INNOVASJON.....	19
3.9 STYRINGSPARAMETRE 2015	20
3.10 ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER	22
3.11 ØVRIGE STYRINGSKRAV.....	25
4. RAPPORTERING I FORHOLD TIL ANDRE KRAV STILT I 2015	26
5. ANDRE RAPPORTERINGER FOR 2015	27
DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT	28
6. UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER	28
6.1. FAGLIG OG DEMOGRAFISK UTVIKLING	28
6.2. FORVENTET ØKONOMISK UTVIKLING	28
6.3. PERSONELL- OG KOMPETANSEBEHOV	28
6.4. BYGNINGSKAPITAL OG ØVRIGE INVESTERINGSOMRÅDER – STATUS OG UTFORDRINGER	29
7. PLANER FOR UTVIKLINGEN.....	30
DEL IV: VEDLEGG.....	32
8. VEDLEGG 1:	32

DEL I: INNLEDNING OG SAMMENDRAG

1. Innledning

Om Sykehuset Østfold - oppgaver og organisering

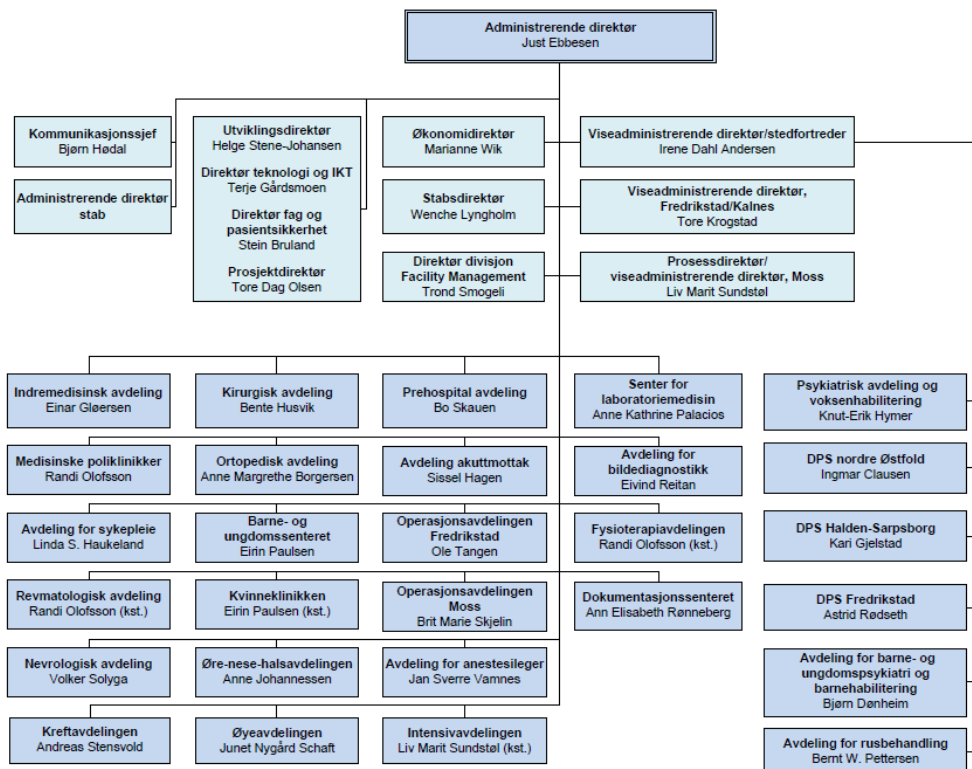
Sykehuset Østfold (SØ) er et områdesykehus og opptaksområdet er Østfold fylke (eksklusiv Rømskog kommune). Folketallet i Østfold var 288 520 per 30.09.2015.

SØ yter spesialisttjenester innen

- kirurgiske fagområder (ortopedi, bløtdelskirurgi inkl. gren- og subspecialiteter, gynekologi, fødselsomsorg, øye og øre-nese-hals)
- medisinske fagområder (indremedisin med gren- og subspecialiteter, nevrologi, pediatri (barn), revmatologi og kreftsykdommer)
- psykisk helsevern (barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri)
- tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- habilitering
- prehospital akuttmedisin inklusive ambulansetjeneste
- anestesi, operasjon, intensiv- og smertebehandling
- bildediagnostikk og laboratoriefag (patologi, mikrobiologi, molekylærbiologi, medisinsk biokjemi og blodbank)

SØ har flerområdefunksjon innen plastikkirurgi.

Nødmeldetjenesten for Østfold er i løpet av 2015 overført til Oslo Universitetssykehus.



Organisasjonskart for Sykehuset Østfold per 05.02.16.

SØ hadde 4402 årsverk (på fast månedslønn) per 31.12.2015. I disse årsverkene var det ansatt 5195 personer. Sykehuset er en kvinnedominert arbeidsplass, med en kvinneandel på 76 % per 31.12.2015 (77,5 % i 2014). Gjennomsnittlig brutto årsverksforbruk i 2015 var 4832 mot 4601 i 2014, dvs. 231 flere enn i 2014.

Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Visjon

Sykehuset Østfold skal tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Verdier med leveregler

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

Sykehuset Østfolds verdier er kvalitet – trygghet – respekt.

Sykehuset Østfolds fem leveregler er:

1. Vi omgås pasienter og hverandre med høflighet og respekt
2. Vi deltar i prosesser og er lojale til beslutninger
3. Vi skaper resultater gjennom samhandling
4. Vi ser muligheter, ikke begrensninger
5. Vi representerer arbeidsplassen vår på en god måte

Overordnede mål

Styret for SØ har vedtatt strategi for Sykehuset Østfold 2016-2020 med følgende mål:

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

Mål for Sykehuset Østfold i 2015

Vedtatte mål for økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst (HSØ) 2014-2017 er førende for SØ.

Styret i SØ vedtok følgende mål for 2015:

- a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.
- b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.
- c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.
- d. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

SØ har etablert systemer for internkontroll og risikostyring som en viktig del av virksomhetsstyringen for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Styringssystemene tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens mål og har ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen. Med dette som grunnlag skapes en gjennomgående kultur for god virksomhetsstyring, slik at mål og metoder blir formidlet og

kan forstås av alle medarbeidere. Ledelsen underbygger denne tenkningen gjennom handlingsplaner, beslutninger, kommunikasjon og daglige handlinger. SØ sine mål, strategier og handlingsplaner beskriver prioriterte områder og oppgaver som skal gjennomføres, hvem som har ansvaret for gjennomføringen og hvilke ressurser som skal benyttes. Langtidsplaner og årlig budsjett er sentrale dokument i denne prosessen.

Dokumentasjon og rapportering i sykehusets pasient-, personal- og økonomisystem gir ledere (og medarbeidere) strukturert informasjon om aktivitet, bemanning og økonomi knyttet til eget ansvarsområde. Rapportering og oppfølging foregår i ansvarslinjen og fokus er rettet mot områder med avvik eller fare for svikt, og det iverksettes tiltak for å oppnå endring og forbedring. Effekten av tiltakene evalueres fortløpende og ved behov forsterkes tiltakene for å oppnå ønsket resultat.

Oppfølgingsmøter med avdelingssjefene er gjennomført månedlig for å sikre at alle nivå i sykehuset har et kontinuerlig fokus på måloppnåelse og resultatforbedring innen prioriterte områder. I 2015 var det utarbeidet lederavtaler med alle linjeledere, hvor mål og tiltak primært var rettet mot gjennomføringsfasen av Samlet plan SØ 2015 og klinisk ibruktakelse og innflytting i nytt sykehus. Virksomhetsstyringen har blitt fulgt opp regelmessig gjennom månedlige oppfølgingsmøter og månedlige rapporter og risikovurderinger som har blitt behandlet av styret.

Det er etablert rutiner som interne revisjoner, for å kontrollere om lover, forskrifter og prosedyrer følges og om avvikshåndteringssystemene fungerer etter hensikten. Innenfor områder hvor det er fare for svikt, gjennomføres systematiske risikovurderinger og det etableres systemer for risikostyring for å redusere skade og forebygge og avdekke avvik.

I 2015 behandlet styret overordnet risikovurdering, som omfattet Samlet plan SØ 2015, program SØ IKT 2015 og drift, i alle ordinære styremøter.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har i 2015 gjennomført en revisjon av nytt østfoldsykehus. Revisjonen har vist at SØ har avstemt effektmålene for nytt sykehus med øvrige overordnede mål i helseforetaket. Revisjonen anbefaler tiltak innen utvalgte områder for styring og kontroll og tydeliggjøring av måloppnåelse for effektmålene.

Det er gjennomført tilsyn med helseforetaket fra eksterne tilsynsmyndigheter på flere områder:

- Statens helsetilsyn
- Fylkesmannen ved Helseavdelingen
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Riksrevisjonen
- Luftfartstilsynet
- Statens strålevern
- Statens legemiddelverk
- Mattilsynet

For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, har SØ lagt til rette for kollektiv læring av avvik og systemsvikt. Det iverksettes forbedringstiltak som må følges opp - også i forhold til andre helseforetak og samarbeidspartnere. SØ skal, uavhengig av tilsynsområder og tilsynsobjekter, påse at kravene til styring og ledelse følges opp på en måte som sikrer at tjenestene blir utført til beste for pasientene og i tråd med lov og forskrift og interne prosedyrer.

Virksomhetsstyringen har fokus mot drift og hvordan virksomheten, gjennom god intern styring og kontroll, sikrer leveranse av gode helsetjenester og har fokus på pasientsikkerhet og kvalitet.

Medvirkning fra brukere og ansatte

Medvirkning fra tillitsvalgte og verneombud

SØ har etablert en fast møtestruktur mellom sykehusets ledelse og de foretakstillitsvalgte (FTV) og hovedverneombud (HVO). Tilsvarende struktur finnes også på avdelingsnivå. De 12 prinsippene om medvirkning ligger til grunn for all samhandling med tillitsvalgte. I forbindelse med forberedelse av ibruktakelse av nytt østfoldsykehus har tillitsvalgte og vernetjenesten vært representert i styrings- og arbeidsgrupper.

Utkast til årlig melding er sendt alle foretakstillitsvalgte og hovedverneombudet for innspill og er behandlet av FTV/HVO-gruppen samlet 10. februar 2016.

Brukermedvirkning

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

Brukerutvalget består av 11 representanter. 7 fra FFO (inkludert kreftområdet), 1 representant fra SAFO (Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner), 1 representant fra Hvite Ørn (psykisk helsevern), 1 representant fra RIO (rus) og 1 representant fra Østfold fylkeskommunes elderåd. Brukerorganisasjonene foreslo kandidater, administrerende direktør innstilte overfor styret, og styret besluttet oppnevning. Funksjonsperioden er 1. mars 2014 – 28. februar 2016.

Det har i 2015 vært avholdt 8 møter i brukertutvalget. I hvert brukertutvalgsmøte er administrerende direktør til stede og redegjør for saker som skal behandles av styret. Brukertutvalget gir sine anbefalinger og råd til administrerende direktør og styret.

Brukertutvalget har oppnevnt eget brukertutvalg for Prosjekt nytt østfoldsykehus (PNØ) som har fulgt hele planleggings- og byggeprosessen, og brukertutvalget SØ har underveis blitt oppdatert på fremdriften. Brukertutvalget har også oppnevnt en rekke brukerrepresentanter til ulike råd, utvalg og prosjekt. Blant annet har SØ tre DPS med hvert sitt brukerråd, eget brukerråd for kreftforløp og råd for pasient- og pårørendeopplæring. SØ opplever å ha engasjerte og aktive brukermedvirkere som gir nyttige innspill til sykehusets arbeid, blant annet i forhold til utforming av pasienttilbud, pasientsikkerhet, kvalitetsarbeid og forskning.

Brukertutvalgets medlemmer har fått tilsendt utkast til årlig melding for innspill, og dette ble behandlet i brukertutvalgets møte 24. februar 2016. Melding fra brukertutvalget følger som vedlegg.

2. Sammendrag

2.1 Positive resultater og uløste utfordringer

Positive resultater

Flytting/ibruktakelse

SØ har gjennomført en vellykket flytting til Kalnes og ibruktakelsen har gått bra. Pasientsikkerheten ble ivarettatt under hele prosessen. Mange enheter måtte drive parallelt to steder. Dette var utfordrende, men har blitt godt håndtert. SØ har tatt i bruk mange nye teknologiske løsninger og nye arbeidsprosesser er innført parallelt med planlegging og ibruktakelse av nytt sykehus. Både forberedelsene inkludert omlegging av driften og selve flyttingen i KIB1 (klinisk ibruktakelse 1) og KIB2 har vært vellykket.

Redusert ventetid og reduserte fristbrudd

SØ har klart å opprettholde full drift, ventetiden har gått ned og antallet fristbrudd er redusert, parallelt med planlegging, flytting og ibruktakelse av nytt sykehus på Kalnes.

Eksempler er gastrokirurgisk seksjon hvor gjennomsnittlig ventetid i august 2015 var 163 dager. Noen pasienter hadde ventet siden 2013. I november 2015 var ventetiden redusert til 84 dager, en halvering av ventetiden. Ved hjerteseksjonen var gjennomsnittlig ventetid 145 dager i august 2015. I desember 2015 var ventetiden nede på 43 dager.

Behandlingstilbudet til pasienter med kreft

I 2015 ble kreftavdelingen etablert med både sengepost, poliklinikk og senter for lindrende behandling. Det er ansatt to nye onkologer¹ og flere onkologiske og palliative sykepleiere, og den tredje onkologen ansettes primo 2016. Dette har hevet den onkologiske behandlingen ved sykehuset. Liggetiden har gått ned fra 7 til 4,8 dager, mens reinnleggelsesfrekvensen har vært stabil.

Pakkeforløp for kreft

Fra januar 2015 ble de første pakkeforløpene ved mistanke om kreft innført, og SØ har innført 28 pakkeforløp, med tilhørende forløpskoordinatorer og forløpseiere. For å sikre læring, forbedring og god ressursutnyttelse, er det etablert et nettverk for forløpskoordinatorer og et forum av involverte avdelingsjefer. Innføringen av pakkeforløp er gjort i tett dialog med fastlegene i fylket, og dette har vært av betydning for å lykkes.

Samlet for alle pakkeforløpene har SØ nådd det nasjonale målet om at 70 % skal ha startet behandling innen definerte forløpstider. Sett i lys av det året SØ har vært gjennom, må resultatene anses å være meget gode. På noen av områdene ligger SØ blant de beste i Norge, mens for andre er det fortsatt noe som gjenstår. Utfordringen med å nå de anbefalte forløpstidene er størst der deler av behandlingen foregår ved annet foretak. SØ er i god dialog med OUS (Oslo universitetssykehus) for å optimalisere pasientflyten da en del av behandlingen blir gitt der.

Mange avdelinger i SØ er involvert for å nå målene når det gjelder pakkeforløp, og har levert gode resultater. Kirurgisk avdeling hadde gjennom flere år jobbet med behandlingslinjer og pasientforløp og det var allerede etablert forløp for de store kreftdiagnosegruppene, tykk- og endetarmskreft, prostatakreft og brystkreft. Det har vært et strukturert forløp for disse pasientene, det nye var at pasientene fikk en dedikert person som følger opp fra henvisning til ferdig utredet eller behandlet. Avdeling for bildediagnostikk iverksatte i tidlig fase tiltak for å overholde frister i henhold til pakkeforløp for kreft. Det har gitt resultater og avdelingen har fått gode tilbakemeldinger.

Pasientforløp og prosessforbedring

Følgende pasientforløp er innført i 2015:

- Innleggelse av pacemaker
- Lindrende behandling

¹ Onkologi: kunnskap om kreftsykdommer. Onkolog er legespesialist innen onkologi.

- Hørselsutredning hos barn
- Fødsel
- Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser
- «Rusmiddelproblemer – planlagt frivillig døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling» innenfor TSB
- Malignt melanom (føflekk-kreft)
- Innleggelse av hofteprotese fremre og bakre tilgang

SØ har startet arbeidet med å utvikle og implementere metode for *systematisk prosessforbedring* som baseres på følgende prinsipper:

1. Pasienten først
2. Medarbeiderdrevet
3. Lederforankret og -ledet
4. Systematisk prosessforbedring

I løpet av 2015 er følgende gjennomført:

- Opplæringsprogram med prosessveilederstøtte for 5 avdelinger med til sammen 23 seksjoner.
- Utprøving av metoder for systematisk prosessforbedring med spesielt fokus på pasientinvolvering.

Innføring av kontinuerlig systematisk prosessforbedring:

- Alle poliklinikker og døgnseksjoner innenfor TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer)
- Alle seksjoner ved DPS-Fredrikstad og DPS-Halden-Sarpsborg
- Prosessforbedring gjennom utvikling av gode og effektive pasientforløp for operasjonspasientene i Moss.

Oppgaveglidning

Det jobbes systematisk med oppgaveglidning i SØ. I tråd med konseptet på Kalnes er oppgaveglidning gjennomført for eksempel i forhold til servicemedarbeidere, buffetverter og renholdere. Det foregår også oppgavedeling i tilknytning til pasientbehandling, for eksempel ved øyeavdelingen hvor spesialiserte sykepleiere i øyesykepleie er opplært i å sette intravitreale² injeksjoner. Pasientforløpet er endret og flere pasienter kan nå behandles med samme ressursbruk. Oppgaver er overført fra revmatologer og ortopedier til fysioterapeuter.

AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral)

AMK Østfold ble slått sammen med AMK Oslo universitetssykehus i juni 2015. Prosessen har vært vellykket både i forhold til planlegging, gjennomføring av sammenslåing og driften etterpå. Sentralen har koordinert mange tusen oppdrag siden sammenslåingen, og det har kommet positive tilbakemeldinger fra ambulansetjenesten, pasienter og samarbeidspartnere.

Forskning og innovasjon

SØ har jobbet systematisk med å øke forsknings- og innovasjonsaktiviteten de senere årene. Arbeidet har bestått i å øke kvalitet på alle nivå og styrke samarbeid med relevante aktører. SØ har styrket sin forskningsadministrasjon, etablert interne forskningsgrupper for å styrke fagmiljøene, fremmet samarbeid med andre HF, universitet og høyskoler og generelt tilrettelagt for forskningsarbeid for interne forskere. Tiltakene har gitt betydelige resultater både på aktivitet og kvalitet. Aktiviteten er økt med ca. 400 % på 3 år og sykehuset fikk innvilget tre forskningssøknader fra HSØ for 2016. Det forventes at aktiviteten vil ytterligere økes i 2016. SØ fikk også innvilget 6 av 8 innovasjonsprosjekt i HSØ.

² I øyet.

Nyetableringer

- BUP-team er etablert og lokalisert i barne- og ungdomssenteret, Kalnes. Teamet er et samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatri og barne- og ungdomssenteret, om barn og unge som har somatiske symptomer og lidelser, men hvor en ikke finner en somatisk årsak til tilstanden.
- Tverrfaglig samarbeidsmøte (TVESAM) er etablert, hvor alderspsykiater, radiolog, nevrolog og geriater møtes hver 14. dag for å vurdere problemstillinger knyttet til pasienter. Dette skal gi en mer presis diagnostisering.
- MIG-team (mobil intensivgruppe) er etablert i alle somatiske avdelinger i SØ. Dette er et viktig pasientsikkerhetstiltak. Gjennom systematisk oppfølging av pasienten, kan man identifisere tegn på forverring av tilstand på et tidlig stadium og iverksette nødvendige tiltak.
- Hjemme hemodialyse³ er startet opp.
- Søvnssenter for fagområdene lunge, hjerte og øre-nese-hals er etablert i Sykehuset Østfold Moss og fase 2 utredes. Dette skal bidra til å gi en faglig riktig pasientfordeling i SØ.
- PET/CT er på plass og er tatt i bruk. En PET/CT gir bedre grunnlag for blant annet å stille korrekt diagnose og velge den beste behandlingen for kreftpasienter.
- Det er etablert et ankomstsenter for flyktninger i Råde, hvor SØ har ansvaret for spesialisthelseavdelingen i senteret, der det skal utføres IGRA-test (tuberkuloseprøve) og røntgen av lungene for alle flyktningene. SØ klarte å etablere tjenesten i løpet av to uker, samtidig med sluttfasen av flyttingen av sykehuset til Kalnes. Per medio januar 2016 er 6.000 flyktninger undersøkt ved ankomstsenteret. Det er etablert et unikt tverrfaglig samarbeid mellom de ulike aktørene: SØ, UDI, Politiets utlendingsenhet og Hero.

Trivsel - samarbeid

Mange avdelinger melder om godt arbeidsmiljø, trivsel blant de ansatte og godt samarbeid mellom yrkesgruppene.

Uløste utfordringer

Pasientopplevd kvalitet

SØ har utfordringer tilknyttet pasientopplevd kvalitet, noe som også PasOpp-undersøkelsene har vist. Arbeidet med pasientforløp og systematisk prosessforbedring skal gi bedre resultater på dette området. Tiltak i 2016:

- Standardisere metode for systematisk prosessforbedring av pasientforløp med særskilt fokus på pasientinvolvering
- Gjennomføre standardisert opplæringsprogram for implementering av ny metode
- Etablere eget regime for oppfølging av resultatene i det enkelte pasientforløp

Et hovedtema i SØs strategi er å skape en kultur preget av gode holdninger, god service og korrekt kommunikasjon. Arbeidet med dette vil bli videreført i forbindelse med utarbeidelse av strategi for pasientsikkerhet og kvalitet i 2016.

Etterslep kontrollpasienter

Enkelte fagområder i SØ har et stort etterslep med kontrollpasienter til poliklinikk. Etter 2. tertial 2015 var det ca. 8500 kontroller som er utgått på oppmøtetid i SØ. Volumet har vært stabilt i hele 2015. Nevrologisk avdeling har det høyeste volumet med ca. 3000. Årsaken er blant annet problemer med å rekruttere nøkkelpersonell og at reelt kontrollbehov hos pasientene ikke er definert. Det arbeides aktivt med rekruttering, supervisjon av leger i spesialisering, oppgavegliding fra legespesialist til sykepleier og standardisering av pasientforløp inklusiv kontroller.

³ Metode for fjerning av blodets avfallsstoffer og væskeoverskudd ved hjelp av dialysefilter.

Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Pasienter med rett til helsehjelp skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. 55 % av pasientene som er henvist til SØ hadde fått timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning per 2. tertial. Dette er ikke godt nok, og det arbeides med ulike tiltak for å nå målet, som etableringen av bookingenhet og lengre planleggingshorisont for legetimer der dette ikke er gjennomført.

Hjerneslag

SØ behandler over 500 slagpasienter årlig. Dette er svært robuste tall som burde kunne generere over gjennomsnittlig god kvalitet i hjerneslagbehandling sammenliknet med mindre slagavdelinger i Norge. Indikasjoner fra Kunnskapssenteret tyder på at SØ fortsatt (2014) har behov for å øke behandlingskvaliteten for hjerneslag i Østfold. Hjerneslag vil derfor være et viktig satsingsområde i 2016. Det er planlagt flere studier som fokuserer på kvalitetsforbedring av hjerneslagbehandling ved SØ, og SØ skal også delta i slagrelaterede multisenterstudier. I tillegg er det ønskelig å etablere et samarbeidsforum mellom SØ (nevrologi) og kommunene som skal bidra til økt kompetanse i både den pre- og post-hospitale fasen av hjerneslag. En stor og viktig del vil være den interne kvalitetsforbedringen med videre prosessoptimalisering av slagbehandling og ytterligere forløpsstandardisering på slagenheten.

Innkjøringsutfordringer på Kalnes

Ibruktakelse av ny bygningsmasse har også gitt utfordringer, og det har dukket opp mange problemstillinger etter innflyttingen. Dette er ikke uventet, innkjøringsproblemer er normalt i et så stort og komplekst bygg som Kalnes. Mange nye rutiner skal innarbeides og nye IKT-systemer skal innkjøres. Dette skal foregå parallelt med full drift, og til tider større pasienttilgang enn ventet. Alle avvik som meldes inn, legges inn i en detaljert avviksplan og finner sin løsning i en planlagt rekkefølge. Selv om det kan ta litt tid før enkelte ting ordnes, skal alle være sikre på at det tas tak i.

Det jobbes fortsatt med uløste utfordringer blant annet når det gjelder

- Flere nye IKT-systemer, blant annet det nye laboratoriesystemet, elektronisk kurve, meldingsvarsler og telefoni
- Ventesoner for pasienter og pårørende
- Arealer til poliklinikker, hvor det planlegges med økt aktivitet
- Ventilasjonsanlegget, noe som erfaringsmessig tar lang tid

Samtidig jobbes det med flere tiltak for å bedre pasientflyten internt og i forhold til kommunehelsetjenesten og fastlegene.

2.2 Evaluering av egen virksomhet og organisering

Ferdigstillelse av nytt sykehusbygg på Kalnes har fulgt plan. For SØ var 2015 et viktig år med slutfasen som innebar testing, forberedelse, opplæring, flytting og ibruktakelse av nytt sykehusbygg. 3500 medarbeidere skulle i løpet av året bytte arbeidsplass, samtidig med full drift og sikker og trygg pasientbehandling i eksisterende sykehus i Fredrikstad og Moss.

SØ var omforent med PNØ (Prosjekt nytt østfoldsykehus), Sykehuspartner og Sykehusapoteket om en «Samlet plan» der alle aktivitetene i slutfasen var beskrevet med klar fremdriftsplan. I SØ var «Samlet plan» ledet av prosjektet OU-SØ 2015. Klare milepæler for innflytting var KIB1 (Klinisk ibruktakelse 1) 2. mai 2015 med oppstart i psykisk helsevern, en del poliklinikker, planlagt radiologi og støttefunksjoner som renhold, kjøkken og intern service. Fra 2. mai hadde 1500 personer sin arbeidsplass på Kalnes. Alle måtte gjennomgå to dagers obligatorisk undervisning og gjennomgå utvalgte virksomhetstester der viktige pasientsløyfer ble testet ut. På den måten ble feil og mangler utbedret og SØ fikk god erfaring før neste store flytting i november. Etter KIB1 fortsatte SØ med ytterligere testing og forberedelse for hovedflyttingen i november. SØ valgte tidlig å planlegge for tidlig oppstart av operasjon og Senter for laboratoriemedisin, fordi dette er to store områder med krevende logistikk og mye nytt utstyr.

Tidlig oppstart av operasjonsaktiviteter (KIB 1,5) startet i september med enkle og få operasjoner og jevnlig evaluering. På denne måten ble alt nytt utstyr testet, blant annet logistikk mot sterilsentralen og personell ble kjent i avdelingen. Dette var svært vellykket med mye skryt både fra pasienter og medarbeidere.

Senter for laboratoriemedisin startet en måned før hovedflytting med analysehallen slik at den ble innkjørt før det store volumet av prøver og analyser kom i november. Dette avdekket vesentlige feil i deler av maskinene i analysehallen og det var stort fokus på feilretting i samarbeid med PNØ og leverandør. Samtidig var det komplisert med uferdig ny dataløsning (LVMS). Dette har ført til at automatiserte prosesser har vært, og delvis fortsatt er, erstattet av manuelle rutiner.

Selve flyttingen til Kalnes, både av gods, utstyr, inventar og pasienter, var vellykket. Det oppstod ingen pasientskader og ingen esker kom på avveie. Dette var resultat av detaljerte planer og en meget god forberedelse av flytteprosjektet.

Samtidig med forberedelsesaktiviteter som opplæring, bli kjent i bygget, testing og scenarietrening, pågikk det kontinuerlig mottak av nytt utstyr, forbedringer, testing og opplæring av flere nye IKT-systemer. Uventet var det problemer med rørpostsystemet som måtte forbedres i samarbeid med PNØ og leverandør. Dette ble håndtert med manuelle rutiner der egne medarbeidere, vikarer, studenter og personale gjennom NAV ble engasjert for å gå regelmessige runder i bygget for henting av prøver. Dette fungerte uten store feil og avvik.

Selv med god forberedelse og opplæring var det mye nytt for våre medarbeidere, blant annet nye rutiner, nye arealer, nye IKT-løsninger og ny telefoniløsning. Sammen med en del feil og rettinger i systemene, førte dette til noe frustrasjon, kritikk og klager, men egentlig lite i forhold til det å ta i bruk et så stort og komplisert bygg. Medarbeidere i SØ har i denne fasen gjort en utrolig god innsats og vært tålmodige og villige til å finne gode løsninger i påvente av forbedringer.

Etter eierskifte, ibruktakelse og innflytting har det vært områder som ennå ikke er ferdig innstilt. Dette gjelder bl.a. ventilasjon, SD⁴-anlegg og IKT. Her har det vært, og er fortsatt, et godt samarbeid med PNØ og leverandører for å sikre leveransene i henhold til kravspesifikasjonene. Alt i alt er tilbakemeldingene at forberedelser, flytting og ibruktakelse har vært vellykket.

⁴ SD: sentral driftsovervåking

DEL II: RAPPORTERINGER

3. Rapportering i forhold til oppdrag og bestilling 2015

3.1 Visjon, verdigrunnlag og mål for helseforetaksgruppen

- *Helse Sør-Østs visjon er å skape:*

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi

For å spisse og tydeliggjøre utfordringer og prioritere innsatsen i helseforetaksgruppen er det vedtatt målformuleringer som en del av Plan for strategisk utvikling 2013-2020. Målene uttrykker organisasjonens ambisjoner om tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet:

Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.

SØ har jobbet systematisk gjennom året for å redusere ventetider og forhindre fristbrudd. Sammenlignet med 2014 er antall langtidsventer betydelig redusert og andelen fristbrudd har gått ned, til tross for en utfordrende driftssituasjon med innflytting til nytt sykehus. Arbeidet vil fortsette i 2016 inntil målene er nådd.

Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent.

SØ har ikke nådd målet om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 % i 2015. Det forventes betydelig forbedring i 2016 ved ibruktakelse av nytt sykehus hvor det blant annet er ensengsrom, totalt smykkeforbud for medarbeidere og endringer i arbeidstøy (kort erme).

Pasienten får timeantale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Antall pasienter som får timeavtale ved mottatt henvisning har økt, men ikke tilfredsstillende. Bakgrunnen er primært for kort bookinghorisont ved flere avdelinger. Arbeidet for å øke andelen som får time i første brev er intensivert og forventes bedret innen første halvdel av 2016. Etablering av felles bookingenhet i SØ er et av tiltakene for å standardisere bookingen og bedre andel direktebookinger.

Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet.

Det ble gjennomført medarbeiderundersøkelse i 2014, og oppfølgingsarbeidet har pågått etter det. I 2015 ble det ikke gjennomført medarbeiderundersøkelse på grunn av arbeid mot nytt sykehus. Det har derfor ikke vært avholdt tradisjonelle oppfølgingsmøter høst 2015, men det har vært arbeidet systematisk med arbeidsmiljø som en del av det løpende HMS-arbeidet. SØ har fortsatt fokus på bruken av elektronisk handlingsplan med ny risikovurdering, og dette er noe nyansatt HMS-sjef har hatt fokus på i 2015.

Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.

SØ vil i 2015 levere et dårligere økonomisk resultat enn budsjettet grunnet betydelige kostnader knyttet til forberedelse og flytting til Kalnes. Fra 2016 må det arbeides med kostnadskontroll og optimalisering av driften i nytt bygg. SØ må sørge for at perioden med negative resultater grunnet økte avskrivnings- og rentekostnader, blir så kort som mulig. Uten en slik utvikling vil det ikke skapes økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer. Det er investert mye penger i nytt bygg og utstyr på Kalnes. For å opprettholde den standard sykehuset har i dag, vil det være behov for betydelige reinvesteringer over tid. Dette vil være en viktig oppgave for SØ i fremtiden.

3.2 Resultatoppnåelse for mål 2015

3.3 Tildeling av midler

Drift og investering

- *Sykehuset Østfold skal benytte midlene som er stilt til rådighet på en effektiv måte og slik at de kommer pasientene til gode. Sykehuset Østfold skal i 2015 basere sin virksomhet på de tildelte midler.*

2015 har vært et krevende år økonomisk sett med betydelige kostnader til mottaksaktivitet av IKT-prosjekter, omstillings- og flyttekostnader. Pasientbehandlingen er opprettholdt på planlagt nivå og det har vært forbedring i alle kvalitetsparametere knyttet til pasientbehandling. Dette har ført til at kostnadsnivået har vært høyere enn tildelte midler og SØ vil levere et negativt økonomisk resultat for 2015.

- *Sykehuset Østfold skal ansette nødvendige midler til utbygging og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud i henhold til avtalte utbyggings- og opptrappingsplaner med kommuner i helseforetakets opptaksområde.*

SØ har for 2015 budsjettert og utbetalt 30 mill. kroner til drift av kommunale øyeblikkelig-hjelp-tilbud.

- *Virksomheten innen "Raskere tilbake" skal videreføres i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Midler til finansiering av "Raskere tilbake" omfattes ikke av tabellen over, men kommer i tillegg.*

SØ har hatt tilbud innen «Raskere tilbake» i 2015. Tilbudet har vært etablert i henhold til de rammebetingelser som er gitt fra HSØ.

- *Overføring av midler knyttet til overføring av AMK-sentral fra Sykehuset Østfold til Oslo universitetssykehus i løpet av 2015 skal være avtalt mellom de to helseforetakene.*

Overføring av midler knyttet til overføring av AMK-sentral fra SØ til OUS gjennomføres i henhold til beregninger fra inntektsmodell for prehospitaltjenester.

Resultat

- *For Sykehuset Østfold HF tillates i 2015 et negativt årsresultat på inntil 100 millioner kroner.*

SØ vil for 2015 ha et dårligere resultat enn budsjettert. Avviket skyldes ulike elementer. Et av dem er at avskrivningskostnader knyttet til ibruktagelse av Kalnes ikke var forutsatt innarbeidet i budsjettet før fra 2016. Dette medførte manglende inndekking av økte kostnader knyttet til forberedelse og flytting til Kalnes. I tillegg har ikke igangsatte tiltak gitt den forventede økonomiske effekten som var forutsatt. Dette gjelder bl.a. tiltak innen pasientreiser. Kostnader til medikamenter har også økt betydelig fra 2014 til 2015 og bidrar til et negativt resultat.

Likviditet og investeringer

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

Som følge av negativt årsresultat i 2015 vil samlet likviditetsforbruk være større enn tilgjengelig ramme til drift og investering.

- *Etablerte prinsipper for likviditetsstyring skal følges opp. Budsjettert resultat for 2015 skal ikke benyttes til investeringer i 2015 uten etter særskilt avtale med Helse Sør-Øst RHF.*

SØ har i 2015 foretatt investeringer innenfor den rammen som er avtalt med HSØ.

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

SØ har ikke etablert nye investeringsforpliktelser i 2015.

- *Egenkapitalinnskuddet til pensjonsinnretningen skal salderes innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler i 2015.*

Egenkapitalinnskuddet til KLP er saldert innenfor helseforetakets tilgjengelige investeringsmidler for 2015.

Investeringer med regional likviditet

- *Iverksatte investeringsprosjekter skal videreføres i henhold til plan, med riktig kvalitet og innenfor økonomiske rammer.*
- *Det skal gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser for investeringsprosjekter.*
- *Prosjektene fremdriftsplan skal tilpasses tilgjengelig likviditet til investeringer.*

SØ har p.t. ikke planlagt eller igangsatt investeringsprosjekter hvor det er behov for regional likviditet. Utredning av nytt administrasjonsbygg på Kalnes er igangsatt, men ikke besluttet.

Overføring av likviditet – driftskreditt

- *Sykehuset Østfold skal styre innenfor tilgjengelig driftskredittramme fastsatt av Helse Sør-Øst RHF.*
- *Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over gjeldende ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon for dette behovet.*

Økonomisk resultat for 2015 har medført større pådrag av likviditet enn forutsatt i budsjett. Behov for utvidet driftskreditt vil vurderes og følges opp kontinuerlig.

3.4 Aktivitet

- *Budsjettert aktivitet skal være i tråd med oppdrag og bestilling 2015.*

Budsjettert aktivitet for 2015 er i tråd med oppdrag og bestilling 2015.

- *Aktiviteten i 2015 skal være innrettet for å ivareta mål om tilgjengelighet og mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå.*

Aktivitetsveksten i 2015 har vært høyere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk i SØ.

3.5 Pasientenes helsetjeneste

- *Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.*
- *Sykehuset Østfold skal gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet, implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp, identifisere flaskehalser i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avbjelpe disse, sikre tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer samt utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet samt identifisere tiltak for hvordan private aktører kan benyttes mer målrettet.*

SØ har gjennom 2015 hatt stort fokus på oppfølgingen av pasientadministrativt arbeid, fristbrudd og ventelistestatus. Arbeidet har i hovedsak vært sentrert rundt:

Operativ oppfølging gjennom innsatsteam

Et innsatsteam bestående av interne (SØ) og eksterne ressurser (Sykehuspartner SP) har bistått lederne i oppfølging og forbedringsarbeid i utvalgte poliklinikker. Intensivt bistand har vært særdeles viktig i en svært krevende driftssituasjon i forbindelse med flytting. Arbeidet har identifisert flaskehalser og bidratt til læring på tvers i hele organisasjonen. SØ har deltatt på seminarene initiert av HSØ som har bidratt til at helseforetakene kommer sammen og diskuterer utfordringer, samarbeid og deler erfaringer.

Etablering av enhet for pasientservice og booking

For å bedre pasientservice og fremme arbeidet med booking er merkantilt personell organisert i en egen enhet for pasientservice og booking. Hensikten har vært å standardisere det pasientadministrative arbeidet ytterligere, samt å kunne benytte merkantilt kompetanse/ressurs på tvers av fagområder. Det forventes at endringen vil gi økt pasientsikkerhet (time i første brev) og øke bookinghorisonten til kravet på 6 måneder. Etableringen er fortsatt i en innkjøringsfase, men det forventes at enheten vil være i god drift i løpet av første halvår i 2016.

Ventetiden per november 2015 er 72 dager. Bakgrunnen er i hovedsak at det bookes flere pasienter som har ventet lengst (langtidsventere), noe som på kort sikt bidrar til økt gjennomsnittlig ventetid.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede og fortsatt ventende skiller kun 2 dager (november) som anses som en meget god utvikling.

SØ har aktivt benyttet bruk av private leverandører som har avtale med HSØ. SØ har også inngått egne avtaler med private leverandører etter behov, for å oppfylle krav fra HOD (omskjæring av gutter).

SØ har systematisk booking av langtidsventere gjennom hele 2015 og har hatt en betydelig reduksjon av disse.

- *Det regionale helseforetaket er pålagt å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet, innen 1. april 2015. Departementet vil legge planene til grunn for oppfølgingsmøtene gjennom 2015. Helseforetaket vil i eget brev bli gitt nærmere anvisning om hvordan en slik plan skal utarbeides og frist for innsending av bidrag til Helse Sør-Øst RHF.*

SØ har levert plan til HSØ iht. de anvisninger som departementet ga og har blitt fulgt opp av HSØ på bakgrunn av planen.

- *Ingen fristbrudd.*

Målet om null fristbrudd ble ikke nådd. SØ la inn i sine prognoser en fristbrudd andel på 1 % og avsluttet året med 2 % fristbrudd i november. Hovedårsaken til at målet ikke ble nådd har vært en krevende flytteprosess kombinert med spesialistmangel særlig innenfor ortopedi, gastromedisin og geriatri.

- *Det skal etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.*

Følgende pasientforløp er innført i 2015:

- Intox (over og under 18 år)
 - Innleggelse av pacemaker
 - Lindrende behandling
 - Hørselsutredning hos barn
 - Fødsel
 - Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser
 - «Rusmiddelproblemer – planlagt frivillig døgntilrettelagt behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling» innenfor TSB
 - Malignt melanom
 - Innleggelse av hofteprotese fremre og bakre tilgang
- *Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være 70 prosent.*

SØ innførte i 2015 28 pakkeforløp ved mistanke om kreft med tilhørende forløpskoordinatorer og forløpseiere iht. nasjonale retningslinjer. Målet er nådd samlet for alle pakkeforløp. SØ er meget fornøyd med å ha nådd dette målet samtidig med flytting og ibruktakelse av nytt sykehus.

SØ har etterlyst ytterligere koder for å få en bedre oversikt over forløpene. Dette følges opp i nettverksmøter i HSØ, og direktoratet har varslet en revisjon av eksisterende koder.

- *Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal være 70 prosent.*

Samlet for alle pakkeforløpene har SØ nådd det nasjonale målet om at 70 % skal ha startet behandling innen definerte forløpstider. De største utfordringene med å nå de anbefalte forløpstidene er der deler av behandlingen foregår ved annet helseforetak.

- *Pasienter som henvises til pakkeforløp skal få god informasjon fra sykehuset om forventede forløpstider for de ulike fasene i pasientforløpet. Terminologien i de nasjonale pakkeforløpene skal være forenede for alle informasjonstekster.*

Informasjon på SØ sin hjemmeside og skriftlig informasjon er utarbeidet i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

- *Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.*

Det er etablert forløpskoordinatorer og –eiere knyttet til alle pakkeforløp. Etableringen av forløpskoordinator har vært relativt krevende i og med at det ikke har vært bevilget ekstra ressurser til dette.

- *Alle helseforetak som behandler kreft skal ha kontaktinformasjon til forløpskoordinatorer tilgjengelig på internett slik at både pasienter som er henvist til pakkeforløp og fastleger vet hvor de skal henvende seg.*

SØ har opprettet en nettside på inter- og intranett der all nødvendig informasjon om pakkeforløp er samlet.

- *Helseforetaket skal delta i arbeidet med å videreutvikle prostatasentrene i regionen slik at det sikres kvalitet i den kirurgiske krefitbehandlingen.*

SØ har dialog med OUS sitt prostatasenter.

- *Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.*

SØ har stort fokus på bruk av pasienterfaringer i forbedringsarbeid. Arbeidet har vært krevende å få til i 2015 i forbindelse flytteprosess og parallell drift på flere steder. Arbeidet vil imidlertid intensiveres og

bli mer fokusert utover i 2016, da SØ nå er i en normal driftssituasjon der optimalisering av driften er det fremste målet.

- *Alle helseforetak som har barneavdelinger skal opprette ungdomsråd.*

SØ har siden 2014 hatt fokus på å få opprettet eget ungdomsråd. Høsten 2014 ble det avholdt en dialogkonferanse mellom fagpersonell i SØ og medlemmer fra berørte brukerorganisasjoner om overgang fra barn til voksen. I etterkant har brukerutvalget SØ fulgt opp forholdene rundt etablering av ungdomsråd. Det er besluttet at HSØ skal utarbeide en veileder for etablering av ungdomsråd, slik at det kan legges opp til en ensartet praksis i forhold honorering, mandat, representasjon i brukerutvalg m.v. Veilederen fra HSØ er enda ikke ferdigstilt.

Brukerutvalget SØ var representert i møte med Unge funksjonshemmede og Akershus universitetssykehus i november 2015, hvor prosjektet og retningslinjene «Hvordan lykkes med ungdomsråd i helseforetak?» ble presentert. Brukerutvalget SØ ble informert om veileder og e-læringsprogrammet som har kommet ut av prosjektet i sitt møte i desember, og det ble fattet vedtak om at etablering av ungdomsråd skal inn i handlingsplanen for brukerutvalget for 2016.

3.6 Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status skal ha nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet. Helseforetaket skal bidra til dette ved å rapportere til disse i henhold til krav.*

SØ rapporterer i henhold til krav.

- *Helseforetaket skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister.*

SØ rapporterer i henhold til krav.

- *Helseforetakene skal formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.*

SØ publiserer alle § 3-3 meldinger som er sendt til Kunnskapscenteret (med unntak av selvmord) anonymisert på hjemmesiden/internett. Øvrige kvalitetsresultater som for eksempel GTT (Global Trigger Tool) og overlevelsesdata finner offentligheten på internettsiden til sykehuset med lenke til SØ sine resultater på Helsenorge.no.

Det er usikkert om kvalitetsbasert finansiering har hatt innvirkning på resultatet av forbedringsarbeidet for 2015, men det er nedlagt et betydelig arbeid i nye forløp og konsepter for pasientbehandlingen. Det forventes at dette vil bidra til å gi bedre resultater fra 2016. Enerom til alle pasienter, smykkeforbud for ansatte og endringer i arbeidstøy (kort erme) forventes å føre til redusert forekomst av sykehusinfeksjoner.

- *Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.*

Aktivitetsveksten innen poliklinisk virksomhet har i 2015 vært betydelig høyere innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatisk virksomhet. Aktivitetsveksten har vært størst innen polikliniske konsultasjoner, det vil si på DPS. Det har også vært en vekst innen BUP, men sykefravær og vakante stillinger har ført til lavere vekst enn planlagt.

Ventetiden er redusert for alle områder innen SØ. Reduksjonen har vært størst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For endringer i kostnader knyttet til de ulike områdene er 2015 et vanskelig år å måle grunnet betydelige merkostnader knyttet til flytting og ibrugging av Kalnes. Kostnadsvekst innen de ulike områdene vil dermed ikke være representativ for et normalår. Det samme gjelder i forhold til økning i årsverk. I 2015 har det vært benyttet mange årsverk knyttet til aktivitet som ikke vil inngå i en ordinær driftssituasjon.

- *Helseforetaket skal, på grunnlag av de store ulikhetene i behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (jf. RHF-styresak 058-2014) vurdere samlet ressursinnsats, struktur og innhold som grunnlag for den videre utvikling av tjenestetilbudet.*

Det ble gjennomført omfattende endringer mht. struktur, ansvar og funksjon innenfor både psykisk helsevern for voksne og barn og TSB i 2012 og 2013. I tilknytning til flytting av all sykehuspsykiatri fra Veum til nytt sykehus ble det videre etablert ny intern funksjonsfordeling i denne delen av virksomheten. Gjennom kontinuerlig vurdering av flere ulike parametre følges effekten av alle omstillingene nøye. Ut fra erfaringene fra 2015 vil behovet for en ytterligere dreining fra DPS-døgnbehandling til poliklinisk- og ambulant virksomhet vurderes. I 2015 ble det videre gjennomført en benchmarking internt og opp mot

et eksternt helseforetak mht. produktivitet i poliklinikkene. Intensjonen er å utvikle det interne tjenestetilbudet i mer enhetlig retning.

- *Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, berunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.*

Det er fokus på alternative behandlingsopplegg for alle pasientgrupper. Dette medfører at medisiner er ett av flere tiltak, og skal ikke være det første, og aldri det eneste. Som eksempel er det tilrettelagt for flerfamiliegrupper innenfor mange deler av virksomheten, psykoedukativt tilbud til pasienter med ADHD (inkl. foresatte), samt at det i tilknytning til OCD⁵-behandling er en satsning på gruppebehandling. Anbefalingene fra HSØ sitt fagråd følges opp på ulike nivå i organisasjonen, og varierer ut fra hva som er situasjonen/status vedrørende bruk av psykofarmaka/medisinfrie behandlingsopplegg.

- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktspsykiatriske sentre.*

I 2015 har det vært en betydelig poliklinisk og ambulant aktivitetsvekst både innenfor psykisk helsevern for voksne og TSB. De ambulante teamene ved DPS har både akutt- og oppfølgingsansvar, og alle har psykolog og lege knyttet til driften. Det er undertegnet ny ACT-kontrakt med 8 kommuner i nordre Østfold. Aktivitetsveksten innenfor barne- og ungdomspsykiatri har pga. ledige stillinger ikke vært i henhold til plan. Den ambulante virksomheten har imidlertid et betydelig omfang. Også de døgnbaserte tjenestene har stor grad av utadrettet/ambulant virksomhet (inngår ikke i offentlige aktivitetstall). Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri fikk i desember tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å prøve ut ny modell som kan sikre barn i barnevernsinstitusjoner bedre utredning, hjelp og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet er under oppstart. Innen TSB er det etablert Oppsøkende rusteam i Moss og i Halden, dette i gjensidig forpliktende samarbeid med kommunal rus- og psykiatritjeneste samt NAV. Videre består den polikliniske oppfølgingen av pasienter i LAR i betydelig grad av ambulant innsats og i nært samarbeid med kommunale tjenester.

- *Helseforetaket skal starte innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskadning 2014-2017.*

SØ har hatt sterkt fokus på forebygging og oppfølging etter selvmord gjennom flere år, og er forberedt på å registrere i henhold til nasjonalt kartleggingssystem.

- *Andel årsverk ved distriktspsykiatriske sentre skal økes i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.* Da det ikke har vært endringer i funksjonsfordelingen mellom DPS og psykisk helsevern på sykehusnivå har det ikke vært gjort endringer mht. årsverksfordelingen i 2015.
- *Andel tvangsinnleggelse for helseforetaket skal reduseres sammenliknet med 2014.*

Intern statistikk viser en økning av andel tvangsinnlagte pasienter i forhold antall plasser som er godkjent for bruk av tvang. I 2015 er imidlertid antallet døgnplasser som er godkjent for bruk av tvang innenfor psykisk helsevern for voksne også redusert med rundt 7 %. Det arbeides kontinuerlig med å øke frivillighet. Samarbeidsutvalget mellom kommuner og SØ har nedsatt et klinisk utvalg for å justere lokal plan for økt frivillighet. Andelen barn og ungdom som er tvangsinnlagt er lavt, men har også økt i 2015. Barn og ungdom fra barnevernsinstitusjoner og fra mottak for mindreårige flyktninger representerer en ikke ubetydelig andel av disse pasientene.

- *Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.*

I forbindelse samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk i nytt sykehus på Kalnes samt samlokalisering av en lang rekke elektive funksjoner i Moss, er det åpnet for helt mye muligheter for tverrfaglighet og samtidighet i utredning og behandling. Det er etablert flere nye pasientforløp og nye samarbeidsrutiner (liaison og tilsynsordninger) som inkluderer både somatiske og psykiatriske fagområder (både voksne og barn). Høsten 2015 ble det videre etablert kontakt med et utvalg av somatiske seksjoner for utprøving av en modell for opplæring og rutiner for å sikre at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får behandling for rusproblemer. Dette er tilknyttet utviklingsprosjektet «Rus i kroppen».

⁵ OCD = Obsessive-compulsive-disorder (tvangslidelse)

- *Helseforetaket skal forberede ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep eller videreføre eksisterende robuste kommunale overgrepsmottak gjennom avtaler fra 2016. Det skal avgis en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 1. april 2015 til Helse Sør-Øst RHF.*

SØ startet arbeidet med å forberede ansvarsovertakelse av overgrepsmottak i februar 2015 med innledende møter med mottaket og kommeuneledelse i Fredrikstad. I møtene ble det avdekket flere forhold som SØ brakte videre til HSØ som blant annet omhandlet økonomi og «robusthet». Status per desember 2015 er at SØ har hatt møte med kommuneledelsen i Fredrikstad og ledelsen ved mottaket og blitt enige om en full ansvarsovertakelse i løpet av første halvår 2016, men med økonomisk overtakelse fra 1. januar 2016. I hovedsak har partene blitt enige om å overta mottaket med den driftsform det har i dag. Endelig avtale vil utarbeides innen første halvår 2016.

- *Det skal etableres kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsettes ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.*

SØ har i 2015 kun hatt tertiær vakt innen sosialpediatri. Fra 2016 har SØ en sosialpediater i 50 % stilling. I tillegg er det nå besluttet at Østfold skal få et barnehus. SØ har etablert et tverrfaglig sosialpediatrisk utvalg.

- *Tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus skal styrkes.*

SØ har et godt tilbud til abortsøkende kvinner, bl.a. med en ekstra overlege. SØ har nå 2 overleger i abortkomitéen.

- *Helseforetaket skal påse at pasientadministrative rutiner sikrer god ivaretagelse av nye pasientrettigheter som følge av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven, ordningen med fritt behandlingsvalg og pakkeforløp for kreft. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven trer i kraft i løpet av annet halvår 2015. Helseforetaket skal ta i bruk reviderte prioriteringsveiledere i 2015.*

For å bedre pasientservice og fremme arbeidet med booking er merkantilt personell blitt organisert i en egen enhet for pasientservice og booking. Hensikten har vært å forberede organisasjonen på ny pasient- og brukerrettighetslov som trådte i kraft 1. november 2015. SØ har siden 2013 aktivt brukt internt etablert «fritt sykehusvalg». Disse har blant annet hatt ansvaret for å ringe pasienter som står på venteliste og tilbudt dem utredning/behandling annet sted. Tiltaket har vært svært vellykket og tjenesten er utvidet til også å håndtere pasienter som skal meldes til HELFO. Reviderte prioriteringsveiledere er tatt i bruk.

- *Helseforetaket skal holde seg oppdatert om beslutninger som blir gjort i Beslutningsforum og sørge for at klinisk praksis er i tråd med beslutningene. Det skal ikke tas i bruk metoder som er avvist av Beslutningsforum.*

SØ har rutiner for å sikre at sykehusets kliniske praksis er oppdatert på beslutninger som er gjort i beslutningsforum.

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker blant annet avvik som kan knyttes til helseforetakenes databehandlingsansvar. Helseforetakets oppfølging av Riksrevisjonens rapport må også omfatte systemer for å håndtere bortfall av IKT i kjernevirksomheten.*

Riksrevisjonens rapport ble vurdert i IKT-avdelingen ved årsskiftet 2014-2015. Det ble vurdert at flere av punktene i rapporten ikke gjelder for DIPS (pasientadministrativt system), etter innføringen av beslutningsstyrt tilgang. Avvikene er derimot gjeldende for flere andre systemer, deriblant kurve, PACS og majoriteten av medisinsk tekniske enheter. Det må gjennomføres betydelig arbeid for å lukke avvikene i rapporten for disse systemene. Det har ikke vært mulig å tilfredsstille kravene på grunn av manglende funksjonalitet i de aktuelle IKT- og MTU-systemene. Det er satt fokus på Riksrevisjonens rapport i Fagrådet for informasjonssikkerhet i Helse Sør-Øst, og dette arbeidet vil fortsette i 2016.

- *Helseforetaket skal drive kontinuerlig forbedringsarbeid innen legemiddelområdet og, i samarbeid med Sykehusapotekene, medvirke til å sikre gode og effektive pasientforløp og arbeidsprosesser for å oppnå god pasientsikkerhet og økt effektivitet. Pasientgrupper som spesifikt har behov for informasjon og oppfølging av legemiddelbehandling gjennom sykehusoppholdet og ved utskriving skal prioriteres.*

SØ har stort fokus på forbedringsarbeid innen legemiddelområdet med faste møter med Sykehusapoteket der alle forhold gjennomgås for å sikre best mulig pasientsikkerhet.

3.7 Personell, utdanning og kompetanse

- *Det skal etableres tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.*

Antall utdanningsstillinger for legespesialister etableres i tråd med behov for spesialister innen de ulike fagområdene. Det er planer om på sikt å opprette to utdanningsstillinger innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin, hvorav en p.t. er etablert. Søknaden om å bli godkjent som utdanningsinstitusjon for denne spesialiteten er i prosess.

- *Det skal utvikles strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.*

Administrativt samarbeidsutvalg valgte å ikke utvikle strategi for kompetanseutveksling, men heller legge til rette for utveksling av informasjon om kurs som kan være aktuelle for kommunene/ spesialisthelsetjenesten. Kommunene publiserer sine opplæringsplaner på sine nettsider og lenke til disse kan publiseres på sykehusets nettside. Sykehuset legger også ut sine kurs som er åpne for andre enn interne, på sine nettsider og som kommunene kan lenke opp.

- *Det skal etableres kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.*

Seksjon for patologi gjør ingen undersøkelser på oppdrag av politiet, det være seg obduksjoner eller undersøkelse av skader på levende personer.

3.8 Forskning og innovasjon

- *Sykehuset Østfold skal bidra til realiseringen av tiltak som er foreslått i HelseOmsorg21 og som prioriteres av Helse Sør-Øst RHF i dialog med de andre regionale helseforetakene.*

Forskning

- *Sykehuset Østfold skal ta delta i nasjonale forskningsnettverk som er faglig relevante for helseforetaket.*
- *Sykehuset Østfold skal legge til rette for styrket brukermedvirkning i forskning.*

Innovasjon

- *Sykehuset Østfold skal ta initiativ til og/ eller delta i innovasjonsprosjekter der samarbeid med andre helseforetak/ sykebus blir vurdert.*
- *Sykehuset Østfold skal utnytte nyanskaffelser til å fremme innovasjon.*

SØ har jobbet systematisk med å øke forsknings- og innovasjonsaktivitet de senere årene. Arbeidet har bestått i å øke kvalitet på alle nivå og styrke samarbeid med relevante aktører. SØ har styrket sin forskningsadministrasjon, etablert interne forskningsgrupper for å styrke fagmiljøene, fremmet samarbeid med andre HF, universitet og høyskoler og generelt tilrettelagt for forskningsarbeid for interne forskere. Tiltakene har gitt betydelige resultater både på aktivitet og kvalitet. Aktiviteten er økt med ca. 400 % på 3 år og sykehuset fikk tre innvilgede forskningssøknader fra HSØ for 2016. Det forventes at aktiviteten vil økes ytterligere i 2016.

Satsingen innen innovasjon og forskning er i tråd med de tiltakene som er gitt i *HelseOmsorg 21*. SØ vil fremover utnytte de komparative fortrinnene i forhold til nytt sykehus, moderne utstyrspark og IKT infrastruktur og samarbeid både i forhold til forskning og innovasjon. På innovasjonssiden har sykehuset etablert samarbeid med flere aktører for å fremme offentlig-privat samarbeid. Sykehuset er særlig opptatt av å utnytte tilgjengelig teknologi innen nye anvendelsesområder som kommer pasientene til gode. SØ fikk innvilget 6 av 8 søknader til HSØ om innovasjonsstøtte for 2016 og forventer en betydelig aktivitetsøkning.

Helsetorget i SØ legger til rette for kontakt med pasientorganisasjoner, og forskere oppfordres til å ha dialog med respektive organisasjoner.

For å synliggjøre forskningsaktiviteten er SØ i ferd med å samle inn informasjon og legge dette ut på internett. Her blir kontaktinformasjon vektlagt slik at gruppeledere og prosjektledere skal være tilgjengelig for brukere/organisasjoner, media og andre samarbeidspartnere.

3.9 Styringsparametre 2015

Styringsparametre	Mål	Status (og regionens gj.snitt)		
Tilgjengelighet og brukerorientering		HF	RHF snitt	
<p>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten, somatikk</p> <p>Bes spesielt om kommentarer knyttet til:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiltak med å redusere ventetider for prioriterte og ikke-prioriterte pasienter - Langtidsventere (ventetid over 1 år) - Tiltak for å forhindre variasjon i effektivitet og ventetider - Bruk av private leverandører på Helse Sør-Øst avtaler 	Under 65 dager	3. tert. 2015:	69,5	68,4
<i>Kommentarer:</i>				
SØ har jobbet systematisk gjennom året for å redusere ventetider og forhindre fristbrudd. Sammenlignet med 2014 er antall langtidsventere betydelig redusert og andelen fristbrudd har gått ned til tross for en utfordrende driftssituasjon med innflytting til nytt sykehus. SØ har utnyttet all ledig kapasitet hos private leverandører samt inngått ekstra avtaler der det har vært nødvendig. Arbeidet med å redusere variasjon i ventetider vil fortsette i 2016.				
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - avviklede, somatikk	0 %	3. tert. 2015:	2,9 %	5,3%
<i>Kommentarer:</i>				
At SØ ikke har nådd målet om ingen fristbrudd skyldes i hovedsak spesialistmangel innenfor ortopedi, gastromedisin og geriatri. Innen geriatri forventes betydelig bedring. Utfordringene innen ortopedi og gastromedisin vil fortsette i 2016.				
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp	70 %	3. tert. 2015:	72%	73%
<i>Kommentarer:</i>				
Målet er nådd.				
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp	70 %	3. tert. 2015:	66 %	64 %
<i>Kommentarer:</i>				
Tatt i betraktning det året SØ har vært gjennom knyttet til forberedelse og ibruktakelse av nytt sykehus, er vi fornøyd med resultatene. Hvis de 3 siste månedene ekskluderes, har mer enn 70 % av pasientene fått behandling innen standard forløpstid. Vi vil jobbe for å forbedre oss innen alle forløp i 2016. De dårligste resultatene har vi der pasientene har deler av sitt forløp ved OUS (f.eks. prostata og lungekreft). Det er avtalt oppfølgingsmøte med OUS.				
Kvalitet og pasientsikkerhet		HF	RHF snitt	
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus	Kunnskapscenterets rapport for resultater ved norske sykehus (2015). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.			
<i>Kommentarer:</i>				
SØ har i flere år scoret lavt på pasientopplevd kvalitet for inneliggende pasienter. SØ har prioritert arbeidet med å forbedre pasientopplevd kvalitet uten at resultatene har blitt bedre. Det antas at store omstillinger i forbindelse med forberedelse til nytt sykehus er en medvirkende årsak til at pasientopplevd kvalitet ikke har bedret seg gjennom 2015. Arbeidet vil intensiveres og bli mer fokusert utover 2016 da SØ nå er i en normal driftssituasjon der optimalisering av driften er det fremste målet.				

<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Under 3 %</i>	<i>Per mai 2015:</i>	<i>3,9 %</i>	<i>4,2 %</i>
<i>Kommentarer:</i>				
SØ har ikke nådd målet om å redusere sykehusinfeksjoner til under 3 % i 2015. Det forventes betydelig forbedring i 2016 med ensengsrom og nytt sykehus.				
<i>Andel tvangsinnleggelse psykisk helsevern voksne</i>	<i>2. tert. 2015</i>	<i>19,8 %</i>	<i>20,4 %</i>	
<i>Kommentarer:</i>				
Det har vært en økning i andel tvangsinnlagte pasienter i forhold antall plasser som er godkjent for bruk av tvang (jmf indikator). Antallet døgnplasser som er godkjent for tvang innenfor psykisk helsevern for voksne er også redusert med rundt 7 %. Det arbeides kontinuerlig med å øke frivillighet. Samarbeidsutvalget mellom kommuner og SØ har nedsatt et klinisk utvalg for å justere lokal plan for økt frivillighet.				
<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>20 %</i>	<i>2. tertial 2015</i>	<i>11,2 %</i>	<i>13,3 %</i>
<i>Kommentarer:</i>				
Østfoldpasienter tar senere kontakt med helsevesenet ved akutte slagsymptomer enn landsgjennomsnittet. Det er også behov for kunnskapsøking og bevisstgjøring om at hjerneslag har blitt en hyperakutt sykdom. Det er planlagt pasientrettede informasjonskampanjer og undervisningsopplegg for befolkningen og helsepersonell i Østfold. Det er også behov for bedre rutiner rundt akutt trombolyse (door to needle time) som det nå jobbes aktivt med.				
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>		<i>2. tertial 2015</i>	<i>93,7 %</i>	<i>91,4 %</i>
<i>Kommentarer:</i>				
Det er kjent at direkte innleggelse i slagenhet forbedrer utkomme. Man ønsker derfor i utgangspunkt 100 % direkte innleggelse. Noen pasienter innlegges med annen tentativ diagnose enn hjerneslag og er derfor ikke direkte innlagt ved slagenheten. I enkelte tilfeller har vi sett at pasienter ikke ble innlagt etter moderpostprinsippet, men dette har vært klart avtagende den siste tiden.				
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>		<i>2014</i>	<i>94,9 %</i>	<i>95,1 %</i>
<i>Kommentarer:</i>				
Her scorer SØ under landsgjennomsnittet. Dette er et multifaktoriel problem. SØ har gode intrahospitale overlevelsestall, men parameteren er avhengig av en helhetlig behandlinglinje fra symptomdebut (tidlig kontakt med 113) via gode rutiner prehospitalt (kunnskap) og i akuttmottak (trombolyse ev. endovaskulær behandling) og behandling på slagenhet til kommunal oppfølging. Det jobbes med en handlingsplan for hjerneslag som omfatter forbedringstiltak i alle ledd (planlagt ferdig februar/mars 2016).				
<i>Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre</i>	<i>Kunnskapscenterets rapport for resultater fra pasienterfaringsundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i>			
<i>Kommentarer:</i>				
Resultatene fra undersøkelsen for de tre DPS-ene ved SØ varierer alt mellom å oppnå svært gode resultat innenfor enkelte parametre/DPS, til å ligge under gjennomsnittet ved andre. Det arbeides derfor med ulike tiltak som oppfølging av undersøkelsen.				

<p><i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i></p>	<p><i>Kunnskapscenterets rapport for resultater fra pasienterfaringundersøkelsen (2014). Foretaket bes kommentere egne resultater sett opp mot RHF-resultatet.</i></p>
<p>Kommentarer:</p>	
<p>I 2014 omfattet pasienterfaringundersøkelsen 8 pasienter. Det vil alltid være et potensial for forbedringer, og målsettingen vil være høyest mulig skåre. Resultatene ligger generelt noe over snittet i HSØ. Det foreligger imidlertid enkelte uttalte forbedringsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjelp til praktiske løsninger for tiden etter utskrivning • Hjelp til et meningsfullt liv etter utskrivning • Tilfredsstillende aktivitetstilbud • Mer fokus på gruppebehandling 	
<p><i>Den gyldne regel</i> <i>Bes spesielt kommentarer knyttet til:</i> - hvordan foretaket jobber målrettet mellom tjenesteområdene for å etterleve prioriteringsregelen - Sammenheng mellom faktisk aktivitet 2015 og bemanningsvekst på tjenesteområdene - Underliggende faktorer som forklarer utviklingen</p>	<p><i>Foretakets egne vurderinger om hvordan man har støttet opp om regionens mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling. Vurderingen skal gjelde både aktivitet, bemanning, kostnader og ventetider.</i></p>
<p>Kommentarer:</p>	
<p>SØ har i henhold til regionens mål planlagt med høyere aktivitet innen psykisk helsevern og rus enn innen somatikk, for å oppfylle «den gyldne regel». Planen er fulgt.</p>	

3.10 Organisatoriske krav og rammebetingelser

Styring og oppfølging

- *Regjeringen har iverksatt arbeid med å redusere tidstyver. Det skal særlig legges vekt på tiltak som bidrar til å realisere pasientens helsetjeneste. Helseforetaket bør løpende vurdere forenklinger av sine egne rapporteringskrav. Helseforetaket skal gi tilbakemeldinger til Helse Sør-Øst RHF på rapporteringskrav som blir stilt fra departementet og andre myndigheter som blir oppfattet som uhensiktsmessige.*

SØ har i 2015 arbeidet med å forenkle og spisse interne rapporteringsrutiner. For 2016 rapporteres det hver måned på et utvalg av sykehusets mest sentrale driftsoppfølgingsparametere. Avdelingssjefene fremlegger rapportene med kommentarer for administrerende direktør i oppfølgingsmøter 3 ganger per år. Som supplement til rapportene utarbeides månedlige måltavler med et bredt utvalg parametere som kan måles og følges opp ved vesentlige avvik.

Når det gjelder rapporteringskrav fra departementet og andre myndigheter mener SØ at det totale omfanget av rapporteringskrav kan reduseres og anmoder om at det fokuseres på de meste sentrale parametere slik at omfanget av rapporteringskrav ikke stadig øker. SØ har for øvrig følgende konkrete innspill:

- KREMT⁶- meldinger er særlig tungvinne å rapportere inn da tjenesten ikke er tilrettelagt for automatisk uttrekk av data i DIPS (pasientadministrativt system). Dette må dermed gjøres manuelt.
- Sykehusinfeksjoner foreslås å ikke rapporteres månedlig, men sjeldnere.
- Innkjøp og logistikk foreslås å rapporteres en gang per år.
- Tolketjenester foreslås å rapporteres en gang per år.

⁶Kreftregisterets elektroniske meldetjeneste.

- Tertiærvis styringsparametere foreslås å rapporteres en gang per år.
- Antall åpne dokumenter rapporteres i 4 kategorier. Det bør være tilstrekkelig å rapportere på «Totalt antall over 14 dager».
- *Helseforetaket skal forholde seg til krav og føringer som følger av regjeringens eierskapspolitikk (jf. Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap). Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk som også bidrar til å sikre tilgang på helsepersonell i fremtiden og forsikre seg om at ansatte hos leverandører, også i andre land, har forsvarlige vilkår.*

SØ er kjent med regjeringens eierskapspolitikk. SØ påser at søkere ikke forskjellsbehandles på noen måte ved rekruttering. Vedtatte retningslinjer for lederlønn følges.

SØ arbeider for å sikre tilgang på helsepersonell i fremtiden og har i sin strategiske plan for kompetanseutvikling utarbeidet planer for å sikre tilstrekkelig spesialisert kompetanse.

SØ følger opp ILO-konvensjonen, og utenlandsk arbeidskraft skal i alle utførelsesledd tilfredsstillende myndighetskrav og regler som gjelder for arbeid over landegrensene.

- *Pasientsikkerhet og kvalitet er et ansvar for ledere på alle nivåer. Helseforetakets styre skal ha en aktiv rolle for å sikre at den samlede virksomhetsstyring omfatter bedre etterlevelse av faglige retningslinjer, standardisering på flere områder og erfaringsoverføring basert på beste praksis.*

Pasientsikkerhet og kvalitet er fast tema i styremøtene i SØ, i tillegg inngår pasientsikkerhet og kvalitet i måneds- og tertiar rapporteringene. Styret har en årlig gjennomgang av den samlede virksomhetsstyringen i SØ.

Miljø, etikk og samfunnsansvar

- *Det vises til rapporten "Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011-2014". Helseforetaket skal videreføre arbeidet i 2015 i tråd med anbefalingene og med helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.*

SØ startet i 2013 et miljøledelsesprosjekt, og utarbeidet følgende miljøpolitikk for sykehuset: "Vi i Sykehuset Østfold tar felles ansvar for miljøet og skal ved kontinuerlig forbedring redusere energiforbruk og forurensning. Sykehusets miljømål, lover og forskrifter er styrende for vårt miljøarbeid". I 2014 ble SØ sertifisert av Det norske Veritas etter ISO 14001-standard. SØ opprettholdt sertifiseringen etter periodisk revisjon fra DNV GL i august 2015. SØ opprettholder gjennom dette tilnærmingen til de nasjonale miljømålene.

- *Helseforetaket skal sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/ registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.*

SØ har i enhver anskaffelse fokus på å stille relevante miljøkrav. Hva som er relevante miljøkrav vurderes alltid i forhold til anskaffelsens omfang og om det er et vare- eller tjenestekjøp. Ved utarbeidelse av konkurransedokumenter har innkjøpsrådgiver ansvar for å utfordre brukergruppen på hvilke krav som kan stilles, og om det er mest hensiktsmessig å stille kravene i forhold til leverandør eller til selve ytelsen. Det vurderes også om kravet skal være obligatorisk, eller et tildelingskriterium. Det er fokus på at kravene stilles på en måte som gjør det enkelt for oppdragsgiver i etterkant (ved evaluering av tilbudene) å verifisere om kravet er oppfylt (hvis kvalifikasjonskrav) og eventuelt skille tilbudene fra hverandre ut i fra hvordan kravene oppfylles (hvis tildelingskriterium).

- *Regjeringen har som målsetting å sikre utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Mange helseforetak har planer for utfasing av oljefyr i sine bygg og det er forventet at antallet bygg med oljefyr er redusert til 50 innen 2018 for hele landet. Det legges til grunn at helseforetaket intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018.*

SØ har per d.d. to lokasjoner med oljefyrte anlegg, SØ Moss og Halden klinikken. I Moss leveres det fjernvarme, og reserveløsningen er tre oljefyrte kjeler. I Halden er det en elektrokjele tilkoblet tilfeldig kraft. Leveransen av tilfeldig kraft har de siste 3 årene vært stabil og det er av den grunn ikke benyttet olje som energibærer. For å fase ut det oljefyrte anlegget i Moss og den oljefyrte kjelen i Halden må det etableres alternativ løsning, for eksempel elektrokjeler.

- *Det vises til RHF-styresak 094-2014 som pålegger helseforetakene å følge opp, og rapportere på, tiltak beskrevet i Helse Sør-Øst antikorrupsjonsprogram.*

Styret i SØ behandlet programmet i sitt møte 23.03.15. Styret besluttet å ta rapporten til etterretning og at det skal utarbeides en plan for implementering av programmet med oppstart av innføring fra 2016.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

- *Helseforetaket skal etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, herunder bidra til samordning av helseforetakenes nettsider på samme plattform som www.helsenorge.no. Helseforetakene skal bidra med både medisinskfaglig kompetanse for utvikling av pasientrettet informasjon og med fagressurser i oppbygging og utvikling av fellesløsninger.*

SØ har nettsiden www.sykehuset-ostfold.no for digital kommunikasjon med pasienter og innbyggere. Fra 7. oktober 2015 ga SØ pasientene elektronisk tilgang til enkelte dokumenttyper som epikriser og brev til pasient via www.minjournal.no. I 2015 har kommunikasjonsavdelingen jobbet systematisk med å nå befolkningen gjennom egen Facebook-side. I løpet av året har antall følgere økt fra ca. 1000 til 7012, og SØ er nå det helseforetaket i HSØ med flest følgere. SØ deltar i mottaksarbeidet for ny nasjonal nettløsning gjennom redaksjonsrådet i HSØ. De redaksjonelle føringene for ny nasjonal nettløsning er implementert i SØs rutiner for utarbeidelse av skriftlig pasientinformasjon. Dette skal gjøre overgangen til ny løsning så smidig som mulig. Ny pasientinformasjon fra SØ er delt med pilotprosjektet ved St. Olav, og vil være en del av fellesløsningen fra lanseringsdato.

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker flere avvik. Enkelte av avvikene kan knyttes til de elektroniske pasientjournalene og de pasientadministrative systemene. Helseforetaket skal ha systemer og rutiner som sikrer effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvikene påpekt av Riksrevisjonen og rapportere til Helse Sør-Øst RHF fra dette arbeidet. Det skal rapporteres særskilt om avvik som ikke er lukket. Det vises også til tidligere styringskrav om etablering av systemer og om styrets ansvar for oppfølging.*

Det ble ikke gjennomført revisjon ved SØ, men man har de samme utfordringene knyttet til tilgang til elektronisk pasientjournal og pasientadministrative systemer. Tilgang til systemene gis basert på rolle og det enkelte helsepersonells behov. Det er ikke etablert systematiske kontroller av tilganger, men det gjennomføres kontroll ved mistanke om ureglementerte oppslag i pasientjournalen. SØ avventer ferdig utvikling av program som kan overvåke og analysere loggen for eksempel ved mønstergjenkjenning.

- *Ny lov om pasientjournal og ny helseregisterlov gir økte muligheter for informasjonsutveksling mellom virksomhetene og mellom helsetjenesten og innbyggerne. Helse Sør-Øst RHF er gjennom foretaksmøte bedt om å bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert arbeidet med tjenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekkning av ulovlige oppslag i behandlingsrettede helseregistre). I dette ligger også kvalitetssikring og bruk av innholdet i relevante administrative registre i sektoren, blant annet Adresseregisteret. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet etter nærmere avtale.*

Dette arbeidet har blitt nedprioritert som følge av vesentlig økt informasjonssikkerhetsrelatert arbeid i forbindelse med innflyttingen på Kalnes. Det har vært gjennomført et IAM-prosjekt for automatisk opprettelse av brukerkonto i 11 av de største IKT-systemene. SØ har her vært piloterende foretak og prosjektet fortsetter for andre foretak i HSØ.

- *Helseforetaket skal gjennom lokale områdeplaner understøtte gjennomføringsplan 2015 for Digital fornying.*

SØ har gjennom realisering av nytt sykehus på Kalnes vært pilot på regionale løsninger som kurve og lab-system. SØ har utarbeidet en mobilitetsstrategi i samråd med HSØ. Denne løsningen skal danne grunnlaget for en regional løsning.

- *Helseforetaket skal, i samarbeid med Sykehuspartner, bidra til å redusere applikasjonsporteføljen med 20 prosent sammenliknet med porteføljen per 1. januar 2015.*

SØ har i forbindelse med omlegging til ny teknologisk plattform samt flyttingen til nytt sykehus gjennomført en evaluering og sanering av applikasjoner i samarbeid med Sykehuspartner.

Beredskap

- *Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker avvik og anbefalinger knyttet til beredskap innen IKT, vann og strøm. Helseforetaket skal følge opp anbefalingene i Riksrevisjonens rapport.*

SØ har i 2015 forberedt og flyttet inn i nytt sykehusbygg på Kalnes. I forberedelsene til ibruktakelse har SØ, i samarbeid med PNØ, planlagt, prosjektert og forberedt organisasjonen, bygninger og utstyr/løsninger for innflytting. Alle anbefalinger knyttet til beredskap i gammelt bygg har vært ivaretatt av sykehusets egen organisasjon. I en utflyttingsfase valgte SØ kun å ha fokus på nødvendig vedlikehold for å sikre en god og sikker drift.

I nytt sykehusbygg var dette ivaretatt av PNØ i flere år, i tett samarbeid med sykehusets byggeorganisasjon og de ansvarlige tekniske avdelingene. I nytt sykehus har SØ vært i forkant, vært pådriver og premissleverandør for innovative løsninger. Innflytting i nytt sykehus har vist at vann og

strøm har vært godt ivaretatt. Mindre enkeltepisoder har vist at beredskapsplaner, ansvar, varsling og tiltak fungerer godt.

IKT beredskap har vist det samme, i en enda større grad, dog med flere utfordringer. Nye og innovative løsninger skaper utfordringer og setter organisasjonen på prøve. Manuelle nødrutiner er utarbeidet og tas i bruk ved behov.

Til å være et sykehus i stor endring, både ved innflytting i nytt bygg og med nye innovative løsninger, er beredskapen ivaretatt på en optimal måte, noe også resultatene viser. Det samme gjelder øvrige beredskapsområder.

Innkjøp og logistikk

- *Helseforetaket skal utarbeide en tids- og aktivitetsplan med ressursallokering. Planen skal inneholde endringer som kreves for å oppnå målbildet som settes i prosjektet "Utvikling av Helse Sør-Øst forsyningscenter", gapanalyse av internforsyning hvor forholdet mellom helseforetakets praksis og beste praksis synliggjøres samt tiltaksplan for å dekke gapene i analysen av internforsyning.*

Konseptet for nytt østfoldsykehus bygger på HSØ sitt mål innenfor innkjøp og logistikk med fokus på leveranser via Helse Sør-Øst forsyningscenter og aktiv forsyning via servicemedarbeider. For å oppnå målene i SØ Kalnes ble det etablert et logistikkprosjekt som inkluderte en aktivitetsplan med ressursallokering. Sykehuspartner og Bring var bidragsytere for å få gjennomført aktiviteter.

Første halvdel 2015 deltok SØ Moss i et pilotprosjekt initiert av «Prosjekt vinn-vinn» for å etablere rammeverk og dokumentasjon for videre pilotering og utrulling av felles praksis for intern forsyning til andre sykehus. Prosjektet gjennomførte en gapanalyse opp mot målet og etablerte aktiviteter for å nærme seg felles praksis for intern forsyning.

3.11 Øvrige styringskrav

Sykehusbygg HF

- *Sykehusbygg HF er i 2014 etablert som helseforetak eid felles av landets regionale helseforetak. Foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF har lagt til grunn at de regionale helseforetakene trapper opp virksomheten i Sykehusbygg HF i tråd med intensjonene med etableringen og benytter Sykehusbygg HF i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner. Dette gjelder for alle prosjektfaser, også for prosjekter som allerede er under gjennomføring. Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal benytte Sykehusbygg HF under planlegging i alle byggeprosjekter over 500 mill. kroner.*

HSØ er byggherre for Prosjekt nytt østfoldsykehus, og har i realiteten ivaretatt helseforetakets forpliktelse med å benytte Sykehusbygg i gjennomføringsfasen av byggeprosjektet. SØ har ikke vært påvirket av den trinnvise virksomhetsoverdragelsen av prosjektpersonellet fra HSØ til Sykehusbygg. Det er ikke planlagt større byggeprosjekter over 500 mill kroner i nærmeste fremtid. Prosjektmodell for nytt administrasjonsbygg er ikke endelig avklart.

- *Helseforetaket skal benytte den nasjonale klassifiseringsdatabasen for sykehusbygg for arealregistreringer og bidra til at Sykehusbygg HF kan ha oppdatert database for klassifiserte sykehusarealer i løpet av 2015.*

SØ vil benytte den nasjonale klassifiseringsbasen for sykehusbygg for arealregistreringer. Klassifiseringen er påbegynt i 4. kvartal 2015 og vil sluttføres innen utgangen av 2016.

- *Helseforetaket skal også bidra til at database for tilstandsregistrering av bygg er oppdatert i løpet av året, for å dokumentere helseforetakets pålagte tilstandsbasert vedlikehold.*

Database for tilstandsregistrering av bygg er ikke oppdatert i 2015. Sykehusets bygningsportefølje er vesentlig endret i 2015 og primo 2016. Nytt sykehusbygg er tatt i bruk og mange bygg er avhendet. Ved overtagelse av Kalnes i november 2015 forventes det at tilstandsgraden på bygg og tekniske anlegg er 0 (graderes 0 - 3, der 0 er best). Øvrig bygningsmasse, utenom de som skal avhendes, har en tilstandsgrad i gjennomsnitt mellom 1 og 2. Utfordringen framover vil være å ha god nok likviditet til å holde tilstandsgraden på sykehuset på Kalnes på 0-1, samtidig som tilstandsgraden på øvrige bygg løftes til minimum 1. Tilstandsregistreringen vil bli oppdatert i løpet av 2016 slik at foretakets pålagte tilstandsbaserte vedlikehold kan dokumenteres og planlegges på kort og lengre sikt (5-10 år).

Fullmaktstruktur

- *Sykehuset Østfold skal ha etablert en fullmaktstruktur som er i samsvar med de regionale retningslinjene og tilpasset helseforetakets behov.*

Sykehusets fullmaktstruktur er i samsvar med regionale retningslinjer.

- *Helseforetaket skal inneha kompetanse og ha kjennskap til god praksis i sin forvaltning av fullmaktstrukturen for å forebygge rollekonflikter som kan oppstå ved delegering av fullmakter.*

SØ innehar kompetanse og kjennskap til god praksis i forvaltning av fullmaktstruktur.

- *Fullmakter som går ut over de anbefalte fullmaktsnivåene i Fullmakter i Helse Sør-Øst skal begrunnes særskilt og behandles i tråd med retningslinjene.*

SØ har ikke etablert fullmakter som går utover de anbefalte fullmaktsnivåene i HSØ.

- *Styret i helseforetaket skal gjennomgå fullmaktstrukturen minimum ved oppnevning av nytt styre og når det gjøres endringer som styret forventes å være kjent med.*

Helseforetakets fullmaktstruktur er gjennomgått med styret i eget styreseminar i 2015 og endringer av betydning forelegges styret i egne saker.

- *Fullmaktshavere skal formelt være gjort kjent med fullmakter som tilhører sin stillings ansvarsområde.*

Det er etablert prosedyrer for innmelding og utmelding av fullmaktshavere i sykehuset IKT-verktøy.

Fullmaktsnivå følger vedtatt fullmaktstruktur i SØ. Fullmaktstrukturen og fullmakter knyttet til ulike roller er tilgjengelig i sykehusets elektroniske kvalitetshåndbok.

4. Rapportering i forhold til andre krav stilt i 2015

Pasientbetaling som kan kreves av pasienter som ikke møter til avtalt poliklinisk time

- *Helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling må påse at det utvises skjønn mht. å innkreve gebyr fra rusavhengige og pasienter med psykiske lidelser.*

Ordningen med innkreving av «ikke møtt gebyr» er innført i alle avdelinger innenfor psykisk helsevern (både barn og voksne) og rusbehandling. I løpet av høsten ble det innført enhetlige rutiner med hensyn til hvilke medarbeidere som får avgjøre om pasienten får fritak for innbetaling. Ordningen med «ikke møtt gebyr» har medført nedgang i antallet pasienter som ikke møter til konsultasjon (betydelig nedgang særlig innenfor BUP).

Planleggings- og timetildelingshorisont ved poliklinikker

- *Alle helseforetak og sykehus som gir tilbud om poliklinisk behandling bes om innføre en planleggingshorisont for bemanning og timetildelingshorisont ved poliklinikkene i regionen på minimum seks måneder innen 1. januar 2016. Det vises i den forbindelse til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven hvor det framgår at pasientene i første svarbrev etter vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten skal få timeangivelse for oppstart helsehjelp.*

Arbeidet med å bedre planleggingshorisonten har betydelig prioritet. Et eget innsatsteam er satt inn for å bistå poliklinikker som har utfordringer med å nå målet om seks måneder planleggingshorisont. Arbeidet forventes å gi resultater i 2016.

Kvalitet og pasientsikkerhet

- *Helseforetak og sykehus skal iverksette tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport "Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning" (IS-2129).*

Blodbanken i SØ (transfusjonsmedisin) har god tilgang på blodgivere og har et kontinuerlig fokus på verving av nye blodgivere med egen fagbioingeniør til markedsføring/verving. Blodbanken deltar på større arrangementer rundt i Østfold som f.eks. Mossedagene og Rådedagene og har eget program på helsehelgen på Inspiria science center. Blodbanken har egen Facebookside som gir informasjon til og svarer på spørsmål fra publikum. SØ har fokus på å gjøre besøket i blodbanken til en positiv opplevelse da giverne selv er flinke til å verve nye blodgivere. Det er en egen vervekonkurranse blant blodgiverne og det er utarbeidet egen informasjonsfolder. Mediadekningen i aviser og radio skjer kontinuerlig. Det arbeides nå med en egen blodgiverapplikasjon til smarttelefon.

Omstillingsprosesser

- *Helseforetak og sykehus skal kommunisere godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt. Arbeidet skal samordnes med øvrig innsats for å etablere løsninger for elektronisk kommunikasjon.*

I forbindelse med innflytting i nytt sykehus ble det utarbeidet egne kommunikasjonsplaner for sykehusets samarbeidspartnere og offentligheten generelt. Samarbeidspartnere er informert gjennom regelmessige nyhetsbrev, informasjonsmøter, konferanser og omvisninger på nytt sykehus. Offentligheten generelt er informert gjennom husstandsmagasin, et omfattende samarbeid med de lokale medier og en rekke foredrag for lag og foreninger. I 2015 har SØ gjennom praksiskonsulentordningen utarbeidet en egen nettløsning for bedre elektronisk kommunikasjon med fastlegene i opptaksområdet. Siden vil bli lansert i 2016.

Lærlinger

- *Det forutsettes at helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.*

SØ har totalt 48 lærlinger, 28 innen ambulansefaget og 20 innen helsearbeiderfaget. Det jobbes godt med å tilrettelegge gode læringsarenaer for lærlingene og stadig flere oppnår å få fagbrev og tilbud om jobb i sykehuset.

5. Andre rapporteringer for 2015

Krav til rapporteringen:	<i>Dette kapitlet kan brukes dersom det er behov for å gi rapport for områder som ikke inngår i de øvrige kapitlene.</i>
---------------------------------	--

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT

6. Utviklingstrender og rammebetingelser

6.1. Faglig og demografisk utvikling

Nye medisinske og teknologiske metoder bidrar til store endringer i arbeidsformene ved sykehusene. Overgangen fra innleggelse til dagbehandling er en utvikling som vil fortsette ettersom metodene fornyes og forbedres. Parallelt er det økende forventninger fra pasientene til våre helsetjenester. Den «opplyste pasient» har andre forventninger til både behandling, tilgjengelighet og service. Sykehuset erfarer at pasienter med sammensatte lidelser øker, noe som stiller store krav til utredning og tverrfaglig samarbeid. Effektiv og riktig bruk av private leverandører og avtalespesialister vil være avgjørende for å møte et økende og sammensatt behov for helsetjenester.

Frem mot 2020 vil de «ikke smittsomme sykdommene» fortsatt toppe statistikkene. Disse er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, ulykker, psykiske lidelser, rus og livsstilssykdommer. Rask diagnose med påfølgende behandling er et absolutt krav helsetjenesten må oppfylle, særlig innen alvorlige diagnoser. Innføring av «pakkeforløp» for kreft har vært vellykket og det forventes rask utvidelse til å omfatte psykisk helse. Dette stiller store krav til spesialisthelsetjenesten for å finne rett balanse mellom standardisering av forløp og faglig fleksibilitet overfor den enkelte pasient. Det vil være særlig viktig med koordinering mot andre deler av helsetjenesten som ivaretar mestrings- og rehabiliteringstjenester. Å sikre gode og robuste fagmiljøer vil være det viktigste tiltaket for å møte trender og utviklingstrekk som preger sykehussektoren. Dette gjelder både for forskning, medisinske fag og innovasjon.

6.2. Forventet økonomisk utvikling

SØ må optimalisere driften gjennom kostnadsuttak og økt aktivitet for å ha en bærekraftig økonomisk utvikling over tid. Økonomisk bærekraft vil være avgjørende for å ha likviditet til å kunne reinvestere i fremtiden. På kort sikt, dvs. i løpet av 2016, bør SØ ha et kostnadsnivå som er tilpasset tilgjengelige økonomiske rammer. Videre vil forutsetningen for perioden 2017 til 2019 være en resultatforbedring på minst 3 % av totalbudsjettet per år for å skape et nødvendig økonomisk handlingsrom. Dette vil måtte skje gjennom reduserte kostnader og/eller økte inntekter.

SØ må utnytte det effektiviseringspotensialet som ligger i et nytt bygg og nye IKT-løsninger. Det gjelder både i forhold til å øke kvaliteten på pasientbehandlingen og redusere unødvendige manuelle arbeidsprosesser og oppgaver. Dette er viktige elementer som vil kunne bidra til å redusere kostnader og øke antall pasientbehandlinger.

SØ bør være det foretrukne alternativet for pasienter, innenfor eget opptaksområde, innen alle områder hvor SØ har etablert et tilbud. For enkelte fagområder er det også ønskelig å tiltrekke seg pasienter fra andre opptaksområder for å utnytte all kapasitet optimalt. Dette vil bidra til reduserte gjestepasientkostnader og økte inntekter for SØ.

6.3. Personell- og kompetansebehov

SØ har utarbeidet en femårig strategisk plan for fag- og kompetanseutvikling. Denne revideres årlig i samarbeid med ledere i klinisk drift. I tillegg skal alle enheter utarbeide en egen plan for fag- og

kompetanseutvikling. Fag- og kompetanseplaner skal støtte sykehusets overordnede mål. Tiltakene i planen skal sikre optimalisering og videreutvikling av konseptet som ligger til grunn for nytt østfoldsykehus, fremtidig behov for kompetanse og at medarbeidere har tilstrekkelig kompetanse for oppgavene som skal løses.

I strategisk plan for fag- og kompetanseutvikling foreligger det en oversikt over samfunnsmessige utfordringer som vil få betydning for fag- og kompetanseutvikling, ikke minst en redegjørelse for faggrupper hvor det vil være rekrutteringsutfordringer i fremtiden. Det viktigste rekrutteringstiltaket er å tilrettelegge for tilstrekkelige og kvalitativt gode praksisplasser, lærlingeplasser, turnustjeneste og LIS⁷-løp. SØ har forpliktende avtaler med utdanningsinstitusjoner hvor behov for praksis i spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å nå målene i studieplanen. SØ har et tett samarbeid med aktuelle utdanningsinstitusjoner.

Mange av spesialsykepleierne i SØ har høy alder. Spesielt sårbar er det innen fagene anestesi, operasjon og intensiv. Det er også et stort behov for akuttisykepleiere. SØ har 28 utdanningsstillinger for sykepleiere som tar utdanning innen disse prioriterte fagområdene.

Det skal i løpet av 2016 gjennomføres en analyse av fremtidig behov for legespesialister sett i et 10-årsperspektiv, slik at tiltak iverksettes for å rekruttere i forhold til behovet (hvor mange LIS, innen hvilke fagområder, når). Her vurderes også nye utdanningsløp.

6.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Prosjekt nytt østfoldsykehus (PNØ) overleverte ved eierskifte den 4. oktober 2015 nytt sykehusbygg på Kalnes til SØ. Det har vært godt samspill og samarbeid mellom SØ og PNØ gjennom hele prosjektperioden.

Det har vært gjennomført salg av seks eiendommer i perioden 2014-2015, tre i 2014 og tre i 2015. De største sykehuseiendommene Veum og Fredrikstad overdras i sin helhet til nye eiere hhv primo januar og februar 2016. Samlet eiendomsmasse var 246 000 kvm ved utgangen av 2015, og vil etter eieroverdragelse i 2016 være tilnærmet 197 000 kvm. I slutten av 2015 ble eiendommen Furutun i Fredrikstad lagt ut for salg og forventes solgt i løpet av 2016.

Etter en omfattende oppgradering av SØ Moss i 2014, ble det i 2015 gjennomført tverrfaglige tekniske tester og kvalitetssikring av de tekniske løsningene for ombyggingen. Fortsatt gjenstår det mye oppgradering av byggets infrastruktur, noe som i prinsippet er vedlikeholdsetterslep.

Det er tidligere besluttet at SØ skal beholde bygningskomplekset St. Joseph i Fredrikstad. Formålet er samlokalisering av psykisk helsevern og rus. I bygget er per d.d. to av fire virksomheter samlokalisert. DPS døgn var allerede lokalisert i bygget, og DPS poliklinikk flyttet inn fra leide lokaler i 2015. De to øvrige enhetene BUPP og SMP, er fortsatt lokalisert i leide arealer. Leieavtalene er forlenget inntil videre da utvikling av St. Joseph skal utredes i 2016. Bygget St. Joseph har noe teknisk infrastruktur tilkoblet sykehuset i Fredrikstad. I desember 2015 startet arbeidet med å etablere St. Joseph som ett selvstendig bygg. Dette arbeidet er planlagt fullført i 2016.

I 2015 er det gjennomført konkurranse for leie av lokaler til samlokalisering av psykiatriske poliklinikker, rus samt fylkesbasert habiliteringstjeneste i Sarpsborg. Lokalene som ble valgt ligger sentrumsnært i Glengsgata 19, og virksomhetene flytter trinnvis inn fra juni 2016.

I påvente av nytt administrasjonsbygg har brakkeriggene (inkludert alle rigger) fra nytt østfoldsykehus blitt eierskiftet til SØ fra desember 2015. Stabs- og støttefunksjoner er midlertidig samlokalisert i

⁷ LIS: Leger i spesialisering

byggerriggen på Kalnes og på Tuneteknikeren i Sarpsborg. Det er reforhandlet ny avtale ved Tuneteknikeren inntil nytt administrasjonsbygg er ferdigstilt. Styret i HSØ har godkjent konseptfaserapport for nytt administrasjonsbygg på Kalnes. Pga. vesentlige endringer i premissene for investeringsbeslutningen er styret i SØ bedt om å oversende en revidert konseptfaserapport for behandling i styret i HSØ. SØ arbeider med revidert konseptfaserapport inkl. forslag til finansiell løsning.

Det er inngått en kortsiktig leieavtale for 44 boligenheter til bruk for vikarer ved SØ på riggområdet ved Kalnes.

7. Planer for utviklingen

Styret for SØ har vedtatt følgende mål og strategiske satsningsområder for perioden 2016-2020:

Mål 1: Pasientene skal oppleve tilgjengelige, forutsigbare og helhetlige tjenester.

For å oppnå dette må vi

- Utvikle gode, effektive og sammenhengende pasient- og pakkeforløp og redusere ikke-faglig begrunnet ventetid. Dette innebærer større grad av standardisering og bedre arbeidsprosesser. 80 % av pasientene i SØ skal ha et beskrevet pasientforløp. Forløpene skal gå «fra hjem til hjem» og brukerne skal være med i utarbeidelsen der det er hensiktsmessig.
- Gå «fra seriefaglig til tverrfaglig samhandling» og utnytte mulighetene for tverrfaglig vurdering, diagnostikk og behandling som det er lagt til rette for i nytt bygg. Vi skal etablere flere felles samarbeidsarenaer mellom somatikk og psykisk helsevern og mellom andre aktuelle fagområder.
- Redusere ventetiden, ha null fristbrudd og gi pasienten time i første brev.
- Videreutvikle samhandlingen med kommunehelsetjenesten. Vi skal sette inn ambulante ressurser der det er hensiktsmessig.

Mål 2: Kvalitet, pasientsikkerhet og service skal gjenspeiles i alt vi gjør.

For å oppnå dette må vi

- Forbedre våre resultater gjennom strukturerte målinger, også av pasientopplevd kvalitet, og ha åpenhet rundt resultatene.
- Optimalisere arbeidsprosessene i SØ, og ivareta pasienten gjennom det helhetlige forløpet med korrekt informasjon og oppfølging.
- Videreutvikle risikostyringen med et helhetlig system for risikovurdering, kontroll og oppfølging.
- Forbedre servicekulturen i SØ.

Mål 3: Pasientene skal i møte med sykehusets medarbeidere oppleve imøtekommenhet, profesjonalitet, god kommunikasjon og rett kompetanse.

For å oppnå dette må vi

- Holde det vi lover våre pasienter og samarbeidspartnere.
- Alltid ønske våre pasienter velkommen til oss, både muntlig og gjennom skriftlig kommunikasjon.
- Utvikle ledere og medarbeidere, som har vilje til å bruke tilgjengelige ressurser og muligheter, til å skape en stadig bedre helsetjeneste.
- Benytte rett kompetanse til rett oppgave og vurdere oppgaveglidning for å frigjøre tid til mer pasientbehandling.
- Bygge opp digitale løsninger for enkel og effektiv samhandling mellom aktive pasienter og SØ.
- Stimulere til en kultur i SØ hvor medarbeidere er stolte av arbeidsplassen sin og arbeidet de utfører. Vi hilser på hverandre når vi møtes og er gode ambassadører for sykehuset. Vi skal ha fokus på trivsel og arbeidsglede og levereglene skal komme til uttrykk gjennom vår daglige adferd.

- Sette forpliktende mål og tiltak i alle enheters HMS handlingsplan, som bidrag til kvalitet i pasientbehandlingen og sykehusets omdømme.

Mål 4: Pasientene skal oppleve at SØ har god samhandling med alle deler av helsetjenesten.

For å oppnå dette må vi

- Være en forutsigbar og tillitsskapende samarbeidspartner. Vi skal initiere og støtte opp under tiltak som fremmer samhandling.
- Øke relasjonen med fastlegene blant annet gjennom å videreutvikle ordningen med praksiskonsulenter.
- Utarbeide gode henvisninger og gode henvisningsrutiner, for å sikre en riktig prioritering av pasientbehandlingen i sykehuset. Dette skal gjøres i samarbeid med praksiskonsulentene og henvisningsinstansene.

Mål 5: SØ skal utnytte moderne teknologi og nytt sykehus for å bli ledende innenfor definerte områder innen forskning og tjenesteinnovasjon.

For å oppnå dette må vi

- Utnytte mulighetene som ligger i nytt sykehus med ny, moderne teknologi, samlokalisering av psykisk helsevern og somatikk, nye arbeidsmåter og tverrfaglige arbeidsområder, til forskning og tjenesteinnovasjon.
- Stimulere til forskning på samhandling med kommunene innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eldre med kroniske lidelser, habilitering og rehabilitering.
- Aktivere pasientens egne ressurser for å fremme egenmestring og ansvar for egen helse. Bruk av arbeidsformer og teknologiske verktøy som fremmer egenmestring og ansvar skal legges til rette.

Mål 6: SØ skal skape et økonomisk handlingsrom som sikrer utvikling og investeringer.

For å oppnå dette må vi

- Sikre god ledelse og godt samarbeid med medarbeiderne i SØ.
- Være konkurransedyktig og utvikle kvaliteten på tilbudet til pasienter og brukere. Fritt behandlingsvalg og større utfordringer fra private leverandører, sammen med økte forventninger fra pasientene, betyr at vi må konkurrere på kvalitet, effektivitet og tilgjengelighet.
- Øke dekningsgraden i eget opptaksområde, og være et komplett områdesykehus.
- Utvide opptaksområdet, først med Vestby, deretter gå i dialog om ytterligere utvidelse mot nærliggende områder.
- Utnytte kapasiteten og sikre god logistikk i nytt bygg og ny teknologi på Kalnes og i Moss.

DEL IV: VEDLEGG

Vedlegg 1: Melding fra brukerutvalget

Det har i 2015 vært avholdt 8 møter i brukerutvalget. Det har ikke vært avholdt dialogmøte mellom brukere og behandlere i år grunnet prosess med flytting til nytt sykehus. Brukerutvalget tar opp temaer som vi ønsker spesielt fokus på og helsepersonell stiller alltid opp slik at vi får den informasjonen som er nødvendig i behandlingen av sakene. Å være brukemedvirker på sykehuset har i denne perioden vært krevende, men også utfordrende og morsomt. Mange prosjekter har vært i slutfasen og nye kliniske utvalg og arbeidsgrupper er igangsatt for å sikre best mulig behandling.

Brukerutvalget ønsker å rette oppmerksomheten mot noen områder vi mener det behøves endring:

- Beklageligvis en gjenganger - Manglende tilbud om rehabilitering. Dette området er forsømt både i somatikken og psykiatrien. Dette er en viktig del av totaliteten slik at behandlingen får den kvaliteten som pasientene forventer. Det er satt i gang et arbeid med å få på plass en rehabiliteringsenhet og vi ser frem til oppstart.
- PasOpp - resultatet av målinger i denne type kvalitetsundersøkelser ikke bedres gjør oss i brukerutvalget urolige og noe utrygge. Rett pasient som får tilbud om et tverrfaglig kvalitetsmessig godt tilbud må være noe sykehuset må jobbe for på alle nivåer.
- Korridorsenger, dette er uverdige, negativt og dårlig pasientbehandling

Vi ønsker å trekke frem noen positive og gode endringer i SØ:

- Ferdigstillelse og åpning av SØ Kalnes er gledelig. Åpning av et moderne sykehus med alle nødvendige fasiliteter er positivt og flott for hele befolkningen. Et sykehus med enerom til alle det er en kvalitetsheving og sikrer taushetsplikten, reduserer faren for infeksjoner og er med på å redusere fallulykker. De mange prosjektene som har medført endring til det beste for kvaliteten av behandlingen er nå satt ut i det daglige arbeidet. Vi håper og tror at helsearbeiderne med ny tilgang til nyttige, smarte verktøy og flotte omgivelser vil kunne yte tjenester av høy kvalitet.
- Integrasjonen somatisk helse og psykisk helsevern er en seier og en milepæl i riktig behandling av hele pasienten.
- Helsetorg, brukerorganisasjonenes arena på Kalnes. Det er gjennomført en opplæringsdag av representanter fra organisasjonene som skal betjene helsetorget frivillig to dager i uken.

Mona Larsen
Leder av Brukerutvalget

Referatet fra møte med foretakstillitsvalgte og hovedverneombud vedlegges styresaken.