

## 1. tertialrapport - overordna risikovurdering av utvalde styringsmål i 2018

### Fakta og bakgrunn

Styresak Helse Vest 125/17 - Felles risikostyringsmål 2018

Styresak Helse Bergen 09/18 - Felles risikostyringsmål 2018

Styresak Helse Bergen 08/18 –overordna risikovurdering av utvalde styringsmål-måloppnåing for 2017

Styresak Helse Bergen 97/17 – Årleg melding 2017

[Styringsdokumentet 2018](#)

Helseføretaka skal årleg gjennomføre risikovurdering av minimum 4 overordna styringsmål som skal følgjast særskild opp gjennom året.<sup>1</sup> Styret i Helse Vest RHF vedtok i styresak 125/17 fire felles mål med delmål for risikostyring i 2018. Denne rapporten er vurderingane for 1 .tertiar 2018.

### Styringsmål 1

Talet på skadar som kan unngåast i helsetenesta i Helse Vest er halvert innan 2018.

- Delmål 1. Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018 er godt forankra i leiargrupper og kjend i resten av organisasjonen.
- Delmål 2. Tiltak i programmet er implementert i helseføretaka så snart dei blir overlevert frå prosjekt til linje.

Risikoelement for styringsmål 1	1.tertiar	2.tertiar
1.1a Resultata frå innsatsområda blir ikkje synleggjort og følgt opp i einingane	S: 1 K: 4	
1.1b Tiltaka i dei nye innsatsområda vert ikkje publisert og gjort kjend i einingane	S: 1 K: 4	
1.2.a Teknisk løysing for elektroniske rapportar for innsatsområda er ikkje på plass	S: 2 K: 3	
1.2b Manglande tverrfagleg operasjonisering av tiltaka i einingane	S: 1 K: 3	
1.2c Nye innsatsområder vert ikkje implementert i einingane	S: 1 K: 4	
1.2d Manglande strategi for vidareføring av innsatsområda etter 2018	S:1 K:4	

### Status styringsmål 1, delmål 1

Etter at indikator på skader (Global Trigger Tool-GTT) ved HUS frå 2014 har vist en tendens til nedgang, viser tallene frå 2017 en oppgang til 14,6 % frå 11,9 % i 2016. Landsgjennomsnittet var 13,9 % i 2016. Fordelinga av skader viser at det er mange sjukehusinfeksjonar, noe som står i kontrast til at målingar av sjukehusinfeksjonar elles er låge og ikkje visar aukande tendens. Det er også slik at det i 2017 ikkje blei registrert nokre skader i dei alvorlegaste skadeklassene som førte til dødsfall eller behov for livreddande behandling. Det er derfor usikkert kva denne auken betyr, men det er all grunn til å følgje nøye med på utviklinga. Derfor blir arbeidet styrkt ved at langt fleire journalar blir gjennomgått systematisk i 2018 og det blir sørgt for at læringsmomenta blir følgde opp.

Det er derfor også viktig at det blir utarbeidd ein strategi for vidareføring av innsatsområda i programmet også etter 2018. Dette arbeidet er i gang, og det er planlagt eit møte med Program for pasienttryggleik i Helse Vest. Ny organisering av sentralt og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval er eit verkemiddel som vil bidra til å skape varige strukturar for arbeidet med pasienttryggleik i føretaket.

Resultata frå innsatsområda Trygg pleie, Trygg kirurgi og Førebygging av sjølvmoordsfare (kriseplan) er systematisk tatt fram i nivå 2/3-leiarmøte og gjennomgått med linjeleiinga. På nivå 2/3-leiarmøta er pasienttryggleik fast på

<sup>1</sup> [Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest](#)

agendaen ved at administrerande direktør inviterer dei kliniske einingane til å presentere dei gode historiene som ein kan lære av på tvers. Innsatsområda blir følgde opp i varierende grad i nivå 2-einingane. Stabane tilbyr oppfølging og det blir arbeidd kontinuerlig med å forbetre rapportane. Presise rapporter har stor betydning for oppfølginga av innsatsområda i dei einskilde avdelingane. Resultata frå innsatsområda blir i ulik grad følgt opp og gjort kjent i einingane. Vi ser stor variasjon i målinga frå Trygg Pleie, men vi ser en jamn stigning på føretaksnivå. Det vil i 2018 bli gjennomført ein Mini audit på Trygg Pleie. Trygg kirurgi ligg mellom 80-95% i dei aktuelle nivå 2-einingane. Det blei gjennomført Mini audit for «Trygg kirurgi» i november 2017, rapporten er gjort kjent for einingane som var inkludert og tatt opp i fagdirektørmøtet. Funn blir følgde opp og det blir sett i verk tiltak for å sikre kvaliteten i registreringane. Einingane får tilbod om støtte frå pasienttryggleikskoordinator og det blir jamt publisert nyheitssaker om programmet.

### Status styringsmål 1, delmål 2

Det er fokus på å publisere, gjere kjent og implementere dei nye innsatsområda i programmet. Det er eit stort arbeid med innføring av «Tidleg oppdaging av forverra tilstand» som skal implementerast i alle somatiske einingar for vaksne i sjukehuset. Det er stort tverrfaglig engasjement i arbeidsgruppa og det er forventa oppstart av pilot september 2018. Innsatsområdet «Førebygging og behandling av underernæring» er etablert ved piloteininga og det er arbeid i gang for å implementere det i resten av føretaket. Ved implementering av innsatsområda, er det ein suksessfaktor at det blir ein felles tverrfagleg tilnærming til pasientane. Innsatsområdet «Leing av pasienttryggleik» blei sett i gang i 2017. Det blei arrangert to regionale leiarkurs i 2017 og eitt i 2018.

Innsatsområdet Legemiddelsamstemming arbeidast det fortsatt med å implementere i føretaket. Det regionale prosjektet blei ikkje gjennomført som planlagt. Ein av årsaka til dette er at samstemming ved innlegging ikkje er komen heilt på plass i Meona. Pasienttryggleiksprogrammet er godt forankra i linja og kjent blant leiarar og medarbeidarar i føretaket, likevel betyr ikkje dette at det er ein etablert del av daglig praksis i alle einingar.

### Tiltakspakke styringsmål 1

Det visast til punkt 3.3 i Styringsdokumentet 2018 Helse Bergen HF, og avdelingsvise styringsdokument.

Tiltak	Tiltaksansvarleg
1. Implementering og oppfølging av tiltak og resultat frå innsatsområda i pasienttryggleiksprogrammet	Nivå 2/Nivå 3 og lokale KPU
2. Styrke samarbeidet mellom regionalt datavarehus og pasienttryggleikskoordinator	FoU-avdelinga, fagdirektør
3. Oppfølging av ny verksemdsrapport	FoU-avdelinga, fagdirektør/ Pasienttryggleikskoordinator
4. Følgje opp kommunikasjonsplan ✓ Kontinuerlig kommunikasjon mellom pasienttryggleikskoordinator og nivå 2 ✓ Jamn publisering av nyhendesaker	Pasienttryggleikskoordinator/Nivå 2
5. Oppfølging, veiledning og undervisning til dei kliniske einingane. Nokre store einingar vil få ekstra oppfølging. Tverrfagleg operasjonalisering av tiltaka i einingane.	Pasienttryggleikskoordinator/Nivå 3
6. Møter i føretaket og med Helse Vest angående vidareføring av pasienttryggleiksprogrammet etter 2018.	FOU-avdelinga/Nivå 2
7. Oppfølging og veiledning av resultat frå ForBedring	Nivå 2/nivå 3 og stabseiningane

### Styringsmål 2

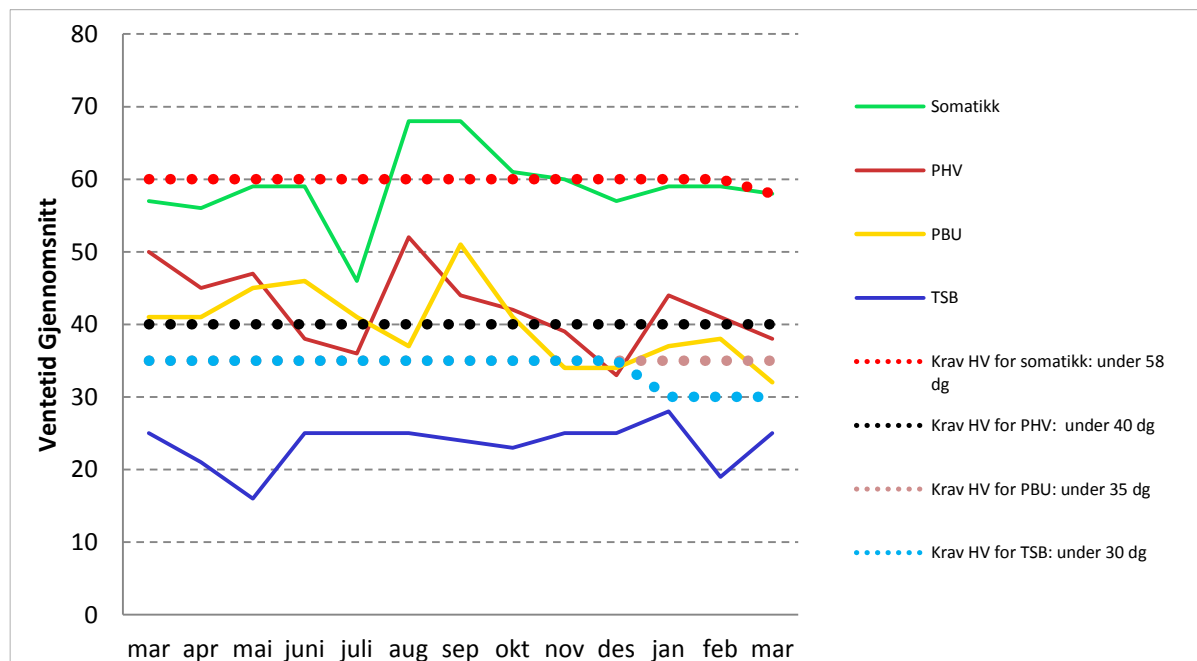
Uønskt variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis er redusert i 2018 (samanlikna med 2017).

Ventetider for diagnostikk og behandling i Helse Vest er redusert til 50 dagar innan 4 år(2021)

- Delmål 1. Faglege retningslinjer og standardiserte pasientforløp er implementert (ref. m.a. pakkeforløp kreft).
- Delmål 2. Arbeid om variasjon i mellom anna ventetid og kvalitet, der målet er å lære av dei einingane som gjer det best i landet, er starta opp.
- Delmål 3. Tiltak i programmet Alle møter er implementert, inkludert god planlegging og

utnytting av operasjonsstovene.

Uønskt variasjon og ventetider for diagnostikk og klinisk praksis er redusert ytterlegare sidan 2017. Det viser mellom anna føretaket sitt resultat for dei nasjonale kvalitetsindikatorane som i all hovudsak er gode. Ventetidene er no innanfor dei regionale og nasjonale krava for alle sektorar.



Utvikling i gjennomsnittleg ventetid for pasientar som har fått starta helsehjelp. Alle fagområde.

Nasjonale faglege retningslinjer og alle nasjonale pakkeforløp for kreft er implementert i føretaket. Det gjeld også andre lokale standardiserte pasientforløp for ulike fagfelt. Samtidig blir det pt. arbeid med innføring og måling av meir enn 40 standardiserte pasientforløp som ein del av den satsinga føretaket har på dette området, inkludert nye nasjonale pakkeforløp som er komne eller venta å komme i 2018.

Det er starta opp arbeid med å lære av dei einingane som gjer det best i landet for å redusere uønskt variasjon. Det skjer mellom anna gjennom eit nyleg starta arbeid knytt til å finne gode system for måling, presentasjon og oppfølging av ulike kvalitetsparametar både for klinikarar og styret. I tillegg må ein opprette god kontakt med dei sjukehusa som gjer det best for å lære av desse.

Tiltak i programmet Alle møter blir fortløpande implementert, og det blir heile tida arbeid med korleis ein kan planlegge og drifte operasjonsstovene på best mogleg vis.

Risikoelement for styringsmål 2, delmål 1, 2 og 3	1. tertial	2.tertial
2.1A. Faglege retningslinjer og beskriving av dei standardiserte pasientforløp er ikkje gjort kjent for dei tilsette, og finst ikkje lett tilgjengeleg	S: 1 K: 3	
2.1B. Standardiserte pasientforløp vert ikkje fortløpande monitorert mtp. måloppnåing (ref. m.a. pakkeforløp for kreft).	S: 2 K: 3	
2.1C. Føretaket har ikkje forløpseigarar og -ansvarlege som følgjer opp kvart standardiserte pasientforløp i tråd med rollebeskrivinga.	S: 2 K: 3	
2.2A. Tal på ventetider og kvalitet for dei einingane som gjer det best i landet vert ikkje regelmessig gjort kjent for dei tilsette, og er ikkje lett tilgjengeleg.	S: 1 K: 2	
2.2B. Tal på ventetider og kvalitet for eigne einingar vert ikkje fortløpande monitorert og ikkje gjort kjent i organisasjonen	S: 1 K: 2	
2.2C. Einingane med høg ventetid vert ikkje følgt opp av det lokale <i>Alle møter prosjektet</i> med tanke på tiltak for å betre på forholda.	S: 1 K: 3	
2.2D. Einingane med dårleg skår på kvalitet vert ikkje følgt opp med tanke på tiltak for å betre på forholda.	S: 1 K: 3	

2.3A. Einingane i sjukehuset opplever at tiltaka i <i>Alle møter prosjektet</i> ikkje betrar høva for planlegging og koordinering av tenestar i føretaket	S:2 K:3	
2.3B. Pasientane opplever at dei ikkje får rask vurdering av tilvising og tildelt time, samt at det vidare forløpet ikkje er godt koordinert	S:2 K:3	
2.3C. Informasjon og kommunikasjonskanalar som skal bidra til at fleire pasientar møter til time ved sjukehuset er dårleg eller manglar	S:1 K:3	

### Status styringsmål 2, delmål 1

Faglege retningslinjer blir fortløpande gjort kjende i organisasjonen, og er tilgjengelege på Helsedirektoratet sine sider. Når det gjeld standardiserte pasientforløp, blir også desse gjort kjende for dei tilsette. Nokre finst lett tilgjengelege, mens andre er meir vanskeleg å få fatt i. Aktivitetar som er sett i gang og som vil betre situasjonen, er eit prosjekt knytt til styrande dokumentasjon i føretaket, men også arbeidet med å presentere standardiserte pasientforløp i Elektronisk kvalitetshandbok (EK) og på føretaket sitt intranett.

Vi får månadlege data frå Norsk pasientregister (NPR), som viser i kor stor grad vi oppnår målsettingane for pakkeforløp for kreft. Tala blir distribuerte til alle dei kliniske einingane, rapportert til styret og gjennomgått på nivå 2/3-møta i føretaket. Andre standardiserte pasientforløp blir målte meir på ad-hoc basis pt. Som del av satsinga i føretaket på pasientforløp, blir det arbeidd med å innføre eit verktøy som fortløpande kan monitorere måloppnåing av standardiserte pasientforløp. Systemet eSP er testa ut til dette føremålet, og Helse Vest IKT arbeider no med mellom anna å få på plass tilgangstyring til systemet. Det er venta at eSP kan takast i bruk før sommaren.

Det er utpeikt forløpseigarar og -ansvarlege for alle pakkeforløp. Det same gjeld også for kvart standardiserte pasientforløp som er gjort kjent i organisasjonen. Oversikt finst på eigen stad på intranettet. Det kan likevel vere ei utfordring knytt til om forløpseigarane og dei ansvarlege følgjer opp det ansvaret dei har i sine roller.

### Status styringsmål 2, delmål 2

Tal for kvalitet for dei einingane som gjer det best i landet, er gjort kjent på nettsidene til Helsedirektoratet. Desse tala blir også presentert tertialvis på nivå 2/3-møte og for styret, men er ikkje lett tilgjengeleg og gjort kjent for dei tilsette i føretaket. Det blir jobba med betre visningar for desse tala. Det blir også arbeidd med ein ny webrapport som viser liggetidene for ulike pasientgrupper ved ulike sjukehus i landet slik at einingane kan samanlikne seg med einingar på andre sjukehus.

Tal på ventetider for eigne einingar blir fortløpande monitorert og gjort kjent i organisasjonen gjennom styringsportalen til Helse Vest, i eigne webrapportar og på nivå 2/3-møta i tillegg. Det same gjeld også for enkelte kvalitetsindikatorar. Gjennomsnittleg ventetid for dei ulike sektorane ligg per mars innanfor regionale og nasjonale målsettingar, men nokre einingar har lengre ventetid enn det. Einingane med høge ventetider blir følgde opp gjennom Alle møter-prosjektet. Samla sett kjem føretaket godt ut når det gjeld skår på kvalitet.

### Status styringsmål 2, delmål 3

Alle einingar i sjukehuset opplever ein nedgang i talet på konsultasjonar kor pasientane ikkje møter. Det er eit resultat av ulike tiltak og gir ein meir føreseieleg kvardag for dei tilsette. Det gir også rom for å behandle fleire pasientar utan auke i personell. Betre verktøy for å planlegga arbeidsoppgåver, bidrar til betre anledning til å planlegge og koordinere tenestene i føretaket, men ikkje minst ei betre tilgjengeleg oversikt over kva for oppgåver dei tilsette har til ei kvar tid.

Dei fleste pasientane opplever at dei får rask vurdering av tilvising og tildelt time. Samla sett har føretaket ei gjennomsnittleg vurderingstid på 3,6 dagar, og 82 % av pasientane fekk tildelt time innan 10 dagar dei 3 første månadene av 2018. Det er likevel nokre einingar som framleis kan betra praksisen sin, og føretaket kan samla sett bli betre på å koordinere forløp frå det tidspunktet pasientane kjem til sin første konsultasjon. Arbeidet med standardiserte pasientforløp vil kunne bidra til ei betring på området.

Langt fleire pasientar møter til time enn for 4 år sidan. I løpet av dei 3 første månadene av 2018 var det 5,2 % av pasientane som ikkje møtte til time. Dette er litt høgare enn for heile 2017, men i 2013 var det 6,9 % som ikkje møtte til time. I same periode har det vore ein stor vekst i talet på polikliniske konsultasjonar i føretaket. Pasientane har fått nye kommunikasjonskanalar og betre tilgang på informasjon om både timar, utgreiing og behandling gjennom Vestlandspasienten.no og andre delprosjekt. Det er etablert gode varslingsordningar per

sms, innkallingsbrev er forenkla og det er lettare for pasientane å nå føretaket på telefon. Alle møter held på med å vidareutvikle ytterlegare funksjonalitet for Vestlandspasienten.no slik at pasientane vil få meir og betre informasjon og kan bli meir sjølvhjelpete. Pilotering av delprosjektet Mitt timeval vil mellom anna gi pasienten større medverking i val av tidpunkt for time. Andre delprosjekt vil legge til rette for at det blir lettare å finna fram på sjukehuset og etablere sjølvbetjeningsløyser for pasientane når det gjeld registrering av oppmøte og betaling for konsultasjon.

### Tiltakspakke styringsmål 2

Det visast til punkt 3.1 i Styringsdokumentet 2018 Helse Bergen HF<sup>2</sup>, og avdelingsvise styringsdokument om pasientforløp og prosess.<sup>3</sup>

Tiltak delmål 1, 2 og 3	Tiltaksansvarleg
1. Sikre at oversikt over forløpseigarar og -ansvarlege fortløpande haldast oppdatert, og at informasjonen finst i EK og på føretakets intranett.	FoU-avdelinga, Seksjon for helsetenesteutvikling fylgjer dette opp i samarbeid med kommunikasjonsavdelinga.
2. Sikre at forløpseigarar og –ansvarlege følgjer opp sitt ansvar i tråd med rollebeskrivinga.	FoU-avdelinga, Seksjon for helsetenesteutvikling fylgjer dette opp 1-2 gonger per år.
3. Legge til rette for at tal på ventetider og kvalitet for dei einingane som gjer det best i landet vert gjort kjent for dei tilsette kvart tertial, og at slike tal og ev. analysar finst lett tilgjengeleg på intranett.	FoU-avdelinga, Seksjon for helsetenesteutvikling har ansvar for å følgje opp dette i samarbeid med kommunikasjonsavdelinga.
4. Gjere tal på kvalitet lettare tilgjengeleg i både verksemdsrapporten til styret og på interne og/el. regionale webrapportar.	FoU-avdelinga, Seksjon for helsetenesteutvikling
5. Etablere og gjennomføre delprosjektet <i>Optimal timetildeling</i> for dei einingane som har lengst ventetider.	Det lokale <i>Alle møter prosjektet</i> har ansvar for å følgje opp dette
6. Fylgje opp og støtte dei einingane som har lav skår ift. tilsvarande einingar ved andre regionssjukehus for å betre på tilhøva.	Føretaksleiinga i samarbeid med FoU-avdelinga
7. Einingar med vesentlig potensial for betring av praksis knytt til rask vurdering av tilvising og tildelt time følgjast opp.	Det lokale <i>Alle møter prosjektet</i> har ansvar for å følgje opp dette

### Styringsmål 3

HMS er ein sjølvsgatt del av arbeidsdagen.

- Delmål 1. HMS-strategi for føretaksgruppa Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebygge vald og truslar mot tilsette er sett i verk.
- Delmål 2. Det blir lagt til rette for og utvikla ein god meldekultur der meldesystem for tilsetteskadar og uønskte hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjend for alle leiarar og medarbeidarar.
- Delmål 3. Talet på tilsetteskadar er redusert.

Delmål 2 er ein føresetnad for delmål 3 og i prosessen med risikovurderinga ser ein at tiltaka også vil gjelde for begge delmåla. Dei same risikoelementa/suksessfaktorane blir derfor vurdert for delmål 2 og 3. Ein viktig faktor som ein må nemne, er at dersom delmål 2 blir innfridd kan ein også rekne med ein auke i meldte tilsetteskadar. Dette betyr ikkje at ein i realiteten har fleire skadar, men at ein oppnår ei auka merksemd rundt temaet. Ein viktig effekt av ein auke i meldingar, er å bruke læringa frå hendingane og dermed førebygge at liknande hendingar gjentar seg.

Risikoelement for styringsmål 3 delmål 1, 2 og 3	1 tertial	2. tertial
3.1A «HMS-strategi for føretaksgruppa i HV» er ikkje godt nok integrert i HUS sitt HMS-arbeid	S:1 K:1	
3.1B Medarbeidarar og leiarar er ikkje kjend med «HMS-strategi for føretaksgruppa i HV» og HMS-måla for Helse Bergen	S:1 K:1	
3.1C Manglande vidareutvikling og implementering av systematisk førebygging av vald og truslar – særskilt innan somatikk	S: 2 K: 3	

3.2/3A Det er ikkje openheit i føretaket om å melde uønskete hendingar	S:2 K:4	
3.2/3B Medarbeidarar og leiarar nyttar ikkje uønskete hendingar til forbetring og læring	S:3 K:4	
3.2/3C Medarbeidarar og leiarar er ikkje trygge på kva som skal meldes som uønskete hendingar her under vald og truslar mot tilsette og tilsetteskadar	S:3 K:4	
3.2/3D Tilsetteskadar og uønskete hendingar, vald og truslar mot tilsette nyttast ikkje til læring i føretaket	S:3 K: 2	

### Status styringsmål 3, delmål 1

HMS-strategien til Helse Vest er integrert i HMS-arbeidet i Helse Bergen. Det blir arbeidd med å få til tettare samarbeid/integrering mellom det systematiske pasienttryggleiksarbeidet og det systematiske HMS-arbeidet. I strategi for føretaksgruppa er det spesifisert at vi har ein kultur der HMS og pasienttryggleik er ein del av same sak, der begge til saman bidrar til ein god HMS-kultur og god pasienttryggleik, og speglar kvalitetskulturen i føretaksgruppa. Integrering mellom HMS og pasienttryggleik er også ei tydelig føring i styringsdokumentet.

I februar/mars 2018 er det gjennomført ei felles nasjonal kartlegging av pasienttryggleik og HMS. Resultata frå desse kartleggingane vil bli nytta i vidare utviklings-/forbetningsarbeid. Det er sett i gang utviklingsarbeid innanfor fleire områder der pasienttryggleik og HMS arbeid blir sett på i samanheng, for eksempel rapporteringsrutinar, revisjonsarbeid og verktøy for risikovurderingar.

HMS-måla er lagt inn i HMS-handboka og er linka til i ny mal for forbetningsplan. Måla blir formidla i undervisning, blant anna HMS-leiarkurs og verneombodskurs. Arbeidet med å vidareutvikle og implementere systematisk førebygging av vald og truslar, særskilt innan somatikk vil fortsette i 2018. Plan for vidareføring av arbeidet med vald og truslar er utarbeidd og behandla i FAMU og understøttar nye krav relatert til vald og truslar i dei reviderte forskriftene gjeldande frå 1.1.2017. Einingar med høg risiko på kartlegginga, blei inviterte til opplæring hausten 2017. Opplæringa har fått gode tilbakemeldingar og dei ulike einingane vil få tilbod om opplæring i 2018.

### Status styringsmål 3, delmål 2 og 3

Openheit for å melde er ein del av føretaket sine HMS-mål. I all kommunikasjon frå leiing og stab relatert til teamet, er forventinga at uønskete hendingar skal meldast. Erfaring tilseier at det er ei viss underrapportering av uønskete hendingar. Funn frå interne systemrevisjonar også i 2016/2017 viser dette. Det er ulik terskel i einingane for kva ein melder når det gjeld tilsetteskadar og vald og truslar mot tilsette. Helse Bergen har prosedyrar og retningslinjer i dokumentstyringssystemet, og informasjon er gjort tilgjengeleg via intranett. Det blir undervist i tematikken på HMS-kurs til leiarar, verneombod og AMU-medlemmar, uønskete hendingar er tema på internrevisjonar, det blir rapporter i verksemdsrapporten og er jamleg tema i FAMU.

Når det gjeld å bruke uønskete hendingar til læring i føretaket, er det variabelt korleis dette blir følgt opp i dei einskilde einingane. Uønskete hendingar blir behandla i FAMU. Det er fortsatt knytt utfordringar til å ta ut rapportar frå Synergi. E-læringskurs og rettleiing er på plass til den nye versjonen av Synergi. Ny organisering av kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet skal bidra til å styrke arbeidet med uønskete hendingar.

Det blei ved årsskiftet utarbeidd ein ny plan for arbeid mot vald og truslar i sjukehuset. Å hindre at medarbeidarar blir utsatt for stikk, sprut og kuttskade («stikkskade») med fare for smitte, er viktig for å hindre tilsettskade. I tillegg til uønskete hendingar relatert til vold og truslar er «stikkskader» den kategorien tilsetthendingar som det tradisjonelt er blitt registrert flest av i føretaket. Stikkande/skjerande utstyr som kan forårsake skade eller infeksjon frå biologiske faktorar, er i stor grad blitt bytta ut med utstyr som har vernemekanisme, der slikt utstyr er eigna for formålet.

### Tiltakspakke for styringsmål 3

Det visast til punkt 3.3 om pasienttryggleik og kvalitet og 4.1.2 om arbeidsmiljø og pasienttryggleikskultur i Styringsdokument 2018, avdelingsvise styringsdokument punkt 2.1 om Pasienttryggleik og kvalitet og [Helse Bergen sine HMS-mål](#).

Tiltak delmål 1, 2 og 3	Tiltaksansvarleg
Implementere nye satsingar for læring på tvers av uønskete hendingar– ny organisering av KPU samt nettside for læringssaker	FTL/nivå 2/3 Stab
Følgje opp ForBetringsundersøkinga med handlingsplanar for forbedring	Nivå 2/3

Følgje opp Indikatorutvikling meldekultur og kvalitet på sakshandsaming	FoU/PO
Prioritere ressursar både til planlegging/gjennomføring av arbeidet med vold og truslar om vold	PO Nivå 2/3

#### Styringsmål 4

Det er høgare vekst i kvart einiskild føretak innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk.

- Delmål 1. Det er høgare kostnadsvekst innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
- Delmål 2. Det er høgare vekst i årsverk innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk(styringsmålet utgår i brev frå Helse Vest 12.03.2018)
- Delmål 3. Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.
- Delmål 4. Det er høgare aktivitet (polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.

Det visast til vurdering av risiko for dette styringsmålet i brev frå Helse Bergen til Helse Vest 25.april 2018, sjå vedlegg 2. For detaljert tiltaksplan for å nå budsjett, visast det også til [siste verksemdrappport for april 2018](#), side 36.

Foreløpige aktivitetstall når det gjeld poliklinisk aktivitet viser høgare vekst i rus enn i somatikk, det er lågare vekst i psykiatri enn i somatikk. Vriding frå døgn til dag er ei ønska utvikling i heile føretaket. Dette skjer aller mest i somatikk. Ein ser no at dersom aktivitetsplanane for 2018 ikkje blir justert, vil ein ikkje klare å oppnå delmål 4. Risikoen for ikkje å oppnå delmål 4 er derfor oppjustert ifht til det som står i brev til Helse Vest (vedlegg 2).

#### Konklusjon

I tråd med «Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest», vil styret bli orientert om 2. tertialrapportering og ei oppsummering av måloppnåing for heile året ved slutten av året.