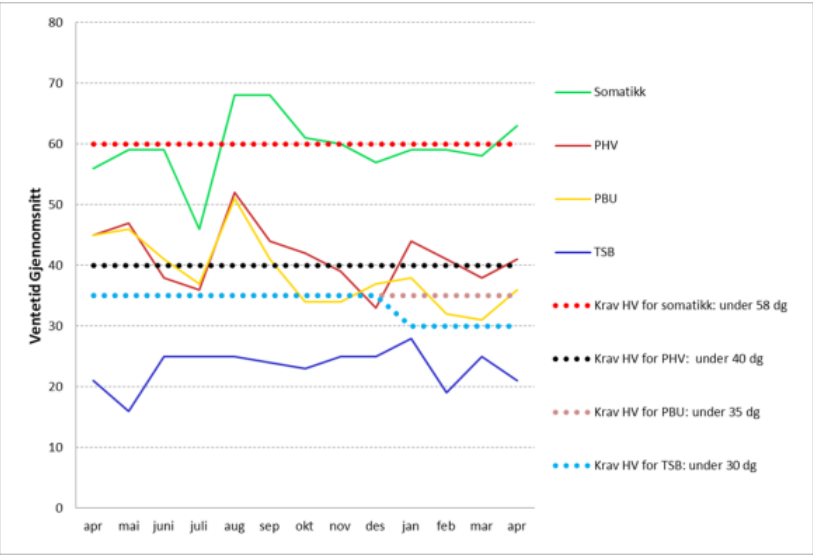


Matrise for halvårleg rapportering til Helse Vest RHF på utvalte mål i styringsdokumentet 2018.

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
3 Helsefaglege styringsmål			
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga			
Mål 2018		<p>Gjennomsnittleg ventetid skal reduserast i alle regionar samanlikna med 2017. Gjennomsnittleg ventetid skal vere under 50 dagar i alle regionar innan 2021.</p> <p>Helse Vest RHF har definert eigne regionale måltal for BUP, TSB og VOP som ligg under det nasjonale måltalet på 50 dagar. Krav til ventetider for behandla pasientar skal i 2018 vere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ BUP: under 35 dagar ○ TSB: under 30 dagar ○ VOP: under 40 dagar ○ Somatikk: under 60 dagar <p>Kravet gjeld gjennomsnittstal for kvar kalendermånad.</p>	<p>Under følgjer oversikt over gjennomsnittleg ventetid for dei ulike sektorane.</p>  <p>Tiltak som er sette i verk for å redusere ventetida er følgjande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krava til gjennomsnittleg ventetid er kommunisert til alle klinikkar, og resultata blir tett følgde opp i månadleg rapportering og

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering																																																					
			<p>gjennomgang på nivå 2/3-møte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er no førebuingar til eit prosjekt knytt til optimal timetildeling og systematisk evaluering for å finne beste praksis. Prosjektet startar opp like før eller etter sommarferien. Det er planlagt å starte opp med 3-6 klinikkar. <p>Arbeid med standardiserte pasientforløp har høg prioritet i føretaket. Eit kriterium for val av forløp einingane bør arbeide med, kan vere pasientgrupper som har høg ventetid.</p>																																																					
		Det skal ikkje vere nokon fristbrot	<p>Per april har vi hittil i år hatt følgjande fristbrot:</p> <table border="1" data-bbox="1279 738 2163 1010"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Klinikk/avdeling</th> <th colspan="5">Tal fristbrot for pasientar som har fått starta helsehjelp</th> </tr> <tr> <th>April 2018</th> <th>Mars 2018</th> <th>Februar 2018</th> <th>Januar 2018</th> <th>Desember</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Radiologisk avdeling</td> <td>132</td> <td>166</td> <td>81</td> <td>129</td> <td>47</td> </tr> <tr> <td>Medisinsk avdeling</td> <td>31</td> <td>16</td> <td>8</td> <td>19</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Kirurgisk klinikk</td> <td>29</td> <td>15</td> <td>9</td> <td>11</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Klinikk for hovud/hals</td> <td>26</td> <td>12</td> <td>8</td> <td>11</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Øyeavdelingen</td> <td>19</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Øvrige</td> <td>31</td> <td>27</td> <td>23</td> <td>34</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>Sum</td> <td>268</td> <td>238</td> <td>132</td> <td>217</td> <td>108</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tiltak som er sette i verk for å betre situasjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinikane blir tett følgde opp i månadleg rapportering og på nivå 2/3-møte. - Talet på truande fristbrot om 1-4 veker blir monitorert i målekort der klinikane enkelt kan finne fram til dei pasientane dette gjeld. - Det er opna kveldspoliklinikk ved fleire av einingane for å auke kapasiteten. - Det er starta eit prosjekt for å betre flyten på Brystdiagnostisk senter (BDS). 	Klinikk/avdeling	Tal fristbrot for pasientar som har fått starta helsehjelp					April 2018	Mars 2018	Februar 2018	Januar 2018	Desember	Radiologisk avdeling	132	166	81	129	47	Medisinsk avdeling	31	16	8	19	11	Kirurgisk klinikk	29	15	9	11	8	Klinikk for hovud/hals	26	12	8	11	6	Øyeavdelingen	19	2	3	7	7	Øvrige	31	27	23	34	32	Sum	268	238	132	217	108
Klinikk/avdeling	Tal fristbrot for pasientar som har fått starta helsehjelp																																																							
	April 2018	Mars 2018	Februar 2018	Januar 2018	Desember																																																			
Radiologisk avdeling	132	166	81	129	47																																																			
Medisinsk avdeling	31	16	8	19	11																																																			
Kirurgisk klinikk	29	15	9	11	8																																																			
Klinikk for hovud/hals	26	12	8	11	6																																																			
Øyeavdelingen	19	2	3	7	7																																																			
Øvrige	31	27	23	34	32																																																			
Sum	268	238	132	217	108																																																			

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<ul style="list-style-type: none"> - Det er sett fokus på rekruttering for å dekkje opp vakante stillingar.
		<p>Median tid til tenestestart skal reduserast i regionen samanlikna med 2017¹.</p>	<p>Median tid til tenestestart for første tertial 2018 er i skrivande stund ikkje publisert på Helsedirektoratet.no. Helse Bergen har hatt ei positiv utvikling frå tredje tertial 2016 (82 dagar) til tredje tertial 2017 (77 dagar).</p> <p>Tiltak som er sette i verk for å redusere tid til tenestestart er følgjande:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tid mellom første og andre kontakt i elektive forløp blir monitorert og følgd opp i månedleg rapportering og nivå 2/3-møte. - Ein eigen rapport knytt til månedleg monitorering av tid til tenestestart er planlagt utarbeidd innan september.
		<p>Helseføretaka skal halde ein større prosentdel av pasientavtalene samanlikna med 2017 (passert planlagt tid). Helseføretaka skal halde minst 95 pst. av avtalane innan 2021.</p>	<p>Helse Bergen har hittil i år (per april) halde 92,7 prosent av pasientavtalane. Det er dessverre ikkje mogleg å sjå om det er ei betring frå 2017, sidan dagens rapport i styringsportalen ikkje nyttar låste tal.</p> <p>Tiltak som er sette i verk for å halde fleire pasientavtalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delprosjektet planlegging og gjennomføring av poliklinikk i det lokale Alle møter-prosjektet har arbeidd med poliklinikkane når det gjeld tildeling av polikliniske timar. <p>Kvar eining blir monitorert fortløpande i målekort (webrapport) når det gjeld fastsette avtalar kor dato er passert.</p>
		<p>Prosentdelen pakkeforløp som er gjennomført innan den definerte standard forløpstida for kvar av</p>	<p>Hittil i år har vi nådd måla for pakkeforløpa.</p>

¹ Tida mellom datoen då spesialisthelsetenesta tek imot tilvisinga og datoen då pasienten får ei teneste, altså datoen då ein viss prosedyre er utført. Dette blir målt for eit utval utgreiings- og behandlingsprosedyrar. Liste over kva utgreiings- og behandlingstenester som inngår i målingane, finn ein på nettsidene til Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Statistikk%20fra%20Norsk%20pasientregister/Definisjon-av-tjenester.pdf>

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		dei 26 kreftformene skal vere minst 70 prosent. Variasjonen i måloppnåing for pakkeforløp kreft på helseføretaksnivå skal reduserast.	Tiltak for å redusere variasjonen i måloppnåinga er: <ul style="list-style-type: none"> - Arbeid med innføring av eSP, som er eit system for å monitorere pasientforløp - Oppfølging av forløpskoordinatorar gjennom nettverk og personleg rettleiing.
Andre oppgåver i 2018		Sikre at vurderingseiningar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling er godt nok kjende med pasientrettane, medrekna retten til fritt behandlingsval.	Poliklinikken i Avdeling for rusmedisin har eit svært aktivt vurderingsteam som deltar i nasjonalt nettverk rundt temaet i TSB kompetanseteneste. Teamet har vidare hyppig kontakt med Fylkesmannen både omkring prinsipielle spørsmål og enkeltsaker (klager). Det er ofte kontakt med Helfo og Helse Vest om tolking av regelverk knytt til fritt behandlingsvalg.
		Gjere greie for status i arbeidet med å redusere uønska variasjon i kapasitetsutnytting og forbruk, og kome med framlegg til vidare utviklingsarbeid. Frist for dette er 1. oktober 2018	Rapport om vidare utviklingsarbeid skal leverast 1. oktober. For status for arbeidet, sjå neste punkt.
		Følgje opp tilrådingar i rapporten "Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten" frå RHF-a til Helse-og omsorgsdepartementet av 10. oktober 2017.	Føretaket arbeider kontinuerleg med å redusere uønskt variasjon i kapasitetsutnytting og effektivitet. Tiltak som er sette i verk: <ul style="list-style-type: none"> - Det er utarbeidd nye webrapportar og i tillegg er dei gamle webrapportane revidert for god monitorering av utviklinga i mellom anna preoperativ liggetid, kirurgisk kapasitet og bruken av senger. I

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>tillegg har vi utvikla ein eigen rapport for å kunne samanlikne liggetid mellom ulike diagnosegrupper ved ulike føretak i landet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny mottaksmodell er innført med stor effekt på sengepostane i føretaket. - For tida har vi over 40 standardiserte pasientforløp i føretaket. - eSP (monitoreringssystem for pasientforløp) er under innføring. - Det blir arbeidd med Kostnad per pasient (KPP) som grunnlag for både kostnadsvekter i ISF-systemet så vel som grunnlag for vidare forbetningsarbeid. - Testing og tilrettelegging av processmining som analyseverktøy for å sjå nærare på pasientstraumar og forløp i sjukehuset. - Det har vore arbeidd med kapasitetsanalysar knytt til operasjons-, røntgen- og sengekapasitet som ledd i arbeidet med utviklingsplanen. - Arbeid gjennom Alle-møter programmet. Det gjeld særskilt delprosjekta: «Avansert oppgåveplanlegging», «Samskapt planlegging», «Planlegging og gjennomføring av poliklinikk» og herunder «Optimal timetildeling». - Verksemdsrapporten og dei presentasjonane som blir brukte i styremøte og nivå 2/3-møta, er revidert for å gi eit meir oversiktleg bilde, og desse blir fortløpande forbetra.
		<p>Samle og dele erfaringar frå relevante ressursar på tvers av helseføretaka som jobbar med forbetring i effektivitet og kapasitetsutnytting, med tanke på å finne ut kva faktorar som er med og gjer at forbetningsarbeidet lykkast. Det skal gjerast greie</p>	<p>Helse Bergen leier og deltar aktivt i ulike regionale nettverk og prosjekt knytt til mellom anna pasienttryggleik, brukarerfaringsundersøkingar, styringsdata, ikt-prosjekt med meir. Nettverk for bildediagnostikk er eit døme på eit regionalt nettverk som blir leia av Helse Bergen. I tillegg er det god kontakt mellom OU-miljøa ved Stavanger universitetssjukehus og Haukeland universitetssjukehus. Mellom anna</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		<p>for dette til Helse Vest RHF innan 1. mai 2018. Som del av dette skal det gjerast greie for korleis styra i helseføretaka får høve til å følgje jamt med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnytting og betringsarbeid som er gjennomført</p>	<p>har det vore møte for å dele erfaringar knytt til arbeid med analysar og standardiserte pasientforløp. Vi har også god kontakt med Nettverk for forskning på behandlingliner og samhandling i Helse Fonna, og med Helse Førde gjennom arbeidet med mellom anna Samhandlingsbarometeret.</p> <p>Helse Bergen har i sin strategiplan sett forbetningsarbeid høgt på agendaen. Dette blir følgt opp i føretaksleiinga og gjennom nivå 2/3-møta, mellom anna gjennom å dele gode erfaringar frå dei ulike einingane i sjukehuset. Det har også vore henta inn tilsette frå andre stader i Noreg og Norden for å dele erfaringar og resultat med forbetningsarbeid.</p> <p>Styret blir fortløpande halde informert om relevant styringsinformasjon gjennom det månadlege dokumentet rapport frå verksemda og i presentasjonar i styremøte.</p> <p>Helse Bergen arbeider også systematisk med å auke kompetansen og dele erfaringar med forbetningsarbeid gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tilby tilsette å reise på eksterne kurs • tilby interne kurs • sette opp forbetningsarbeid som tema på lunsj-til-lunsj-møte i føretaksleiinga • framheve og publisere lokale forbetningsprosjekt for å lære/bli inspirert på tvers gjennom «den gode historien», mellom anna på nivå 2/3-møte • ta det opp som tema på pasienttryggleikssvisittar (under planlegging)

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		<p>Følgje opp variasjon i liggetid, etterkontrollar og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebrotspatientar, og i tillegg variasjon i utnytting av operasjonsstuene, jamfør oppfølgingsundersøkinga Riksrevisjonen har gjort av effektivitet i sjukehus</p>	<p>Liggetid for hoftebrot i Helse Bergen 2016 og 2017 er på høvesvis 5,99 og 6,39 dagar. Dette er lågare enn til dømes OUS, AHUS og St. Olavs hospital, men noko meir enn for andre mindre føretak. Ved HUS er preoperativ ventetid på operasjon noko høgare enn ønskjeleg, dette skuldast i hovudsak kapasitetsutfordringar i Sentraloperasjon og generelt stor ØH-tilstrømning. Dette slår også ut på samla liggetid. Ved HUS blir i utgangspunktet alle hoftebrot fulgd poliklinisk med klinisk kontroll og røntgen etter 3 månadar. Under opphaldet på HUS er pasientane tatt hand om i ei eiga eining for hoftebrot på 10 senger og med eit standardisert pasientforløp.</p> <p>Vi kjenner ikkje til nokre nasjonale retningslinjer (eller kvalitetsindikatorar) for rehabilitering eller etterkontroll for protese-pasientane. Standard rutiner for poliklinisk etterkontroll av hofteproteser innebærer kontroll 3 mnd etter operasjonen hos fysioterapeut, og kontroll etter 1 år og 10 år hos lege.</p> <p>Liggetida for hofteproteser i Helse Bergen er på nivå med øvrige sjukehus det er naturleg å samanlikne seg med. Liggetida varierer med omfanget av revisjonskirurgi og andelen av sjukere pasientar og pasientar med høg BMI (kroppsmasseindeks). Friske pasientar 4,87 dagar, «sjuke» pasientar 7,88 dagar. Det er likevel interessant å sjå at til dømes SUS utmerker seg med betydeleg kortare liggetid for alle pasientkategoriar og dette vil det vere naturleg å sjå nærare på.</p> <p>Kirurgisk serviceklinikk har ein eigen styringsrapport knytt til operativ verksemd. Her blir kvar seksjon målt på avtalte måltall, stoveutnytting og strykingar.</p>

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>Eit system for preoperativ vurdering har redusert strykingar som skuldast uklare indikasjonar og mangel på utgreiing.</p> <p>Det er etablert mottaksareal i sentraloperasjonseininga for å betre utnytting av operasjonsstovene.</p> <p>I tillegg er det sett i verk flere flytprosjekt.</p>
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Mål 2018		<p>Det skal vere høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk på føretaksnivå. Distriktpsikiatriske senter og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriterast innan psykisk helsevern. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivingar, legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), og aktivitet (polikliniske opphald)</p>	<p>Tal for 1. tertial 2018 viser at samanlikna med same tertial i 2017, har delen kostnad til psykisk helse auka frå 17,3% til 17,7% av totalkostnad, kostnad til rusomsorg har auka frå 3,2% til 3,3% og somatikk er redusert frå 73,4% til 73,3%.</p> <p>Under følgjer oversikt over utviklinga i den polikliniske aktiviteten og gjennomsnittleg ventetid for dei ulike områda:</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering																																
			<p>Ventetidsutvikling</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Ventetid i perioden. Ordinært avvikla pasientar (dvs. start på helsehjelp)</th> </tr> <tr> <th colspan="4">Gjennomsnitt dagar</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1. tert 2017</th> <th>1. tert 2018</th> <th>Endring</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psykisk helsevern, PHV og PBU</td> <td>44</td> <td>38</td> <td>-13,6 %</td> </tr> <tr> <td>Psykisk helsevern for voksne (PHV)</td> <td>45</td> <td>40</td> <td>-11,1 %</td> </tr> <tr> <td>Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)</td> <td>43</td> <td>34</td> <td>-20,9 %</td> </tr> <tr> <td>Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)</td> <td>24</td> <td>23</td> <td>-4,2 %</td> </tr> <tr> <td>Somatikk</td> <td>57</td> <td>60</td> <td>5,3 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kjelde: Helse Vest Styringsportalen</p>	Ventetid i perioden. Ordinært avvikla pasientar (dvs. start på helsehjelp)				Gjennomsnitt dagar					1. tert 2017	1. tert 2018	Endring	Psykisk helsevern, PHV og PBU	44	38	-13,6 %	Psykisk helsevern for voksne (PHV)	45	40	-11,1 %	Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)	43	34	-20,9 %	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	24	23	-4,2 %	Somatikk	57	60	5,3 %
Ventetid i perioden. Ordinært avvikla pasientar (dvs. start på helsehjelp)																																			
Gjennomsnitt dagar																																			
	1. tert 2017	1. tert 2018	Endring																																
Psykisk helsevern, PHV og PBU	44	38	-13,6 %																																
Psykisk helsevern for voksne (PHV)	45	40	-11,1 %																																
Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)	43	34	-20,9 %																																
Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	24	23	-4,2 %																																
Somatikk	57	60	5,3 %																																
		Færre tvangsinnleggingar i psykisk helsevern enn i 2017.	<p>Divisjon psykisk helsevern har gjort det lettare for pasientane å få tilgang til tenestene, og ventetid for vaksne er under styringskravet. Det er sett fokus på å sette i verk endringane som gjeld samtykkekompetanse i lov om psykisk helsevern.</p> <p>Tiltak vaksne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematisk innkomstsamtale og kartlegging av triggerpunkt for å redusere tvangsbruk • Lage avtale om frivillige planlagte opphald med "gjengangarar" • Det er ambulante tenester ved alle DPSa • Det er etablert FACT og ACT team ved alle DPSa (dette er modellar for å gi oppsøkande, samtidige og heilskaplege tenester til menneske med alvorlege psykiske lidningar) • Innføring av IPS (individuell jobbstøtte) og meir systematisk bruk 																																

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>av fysisk aktivitet</p> <p>Tiltak barn og unge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientane er med på å lage behandlingsplan/ kriseplan • Pasientane er med i teammøte med behandlar/miljøpersonalet og skulen • Eit «polstra timeoutrom» der pasientar kan utfalde seg utan at dei må haldast • Systematisk ettersamtale med pasientane etter tvangsbruk for å finne andre måtar å løyse situasjonar på • Personalet har ekstra fokus på verbal deeskalering for å dempe agiterte pasientar og hindre utagering (rollespel)
		<p>Færre pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.</p>	<p>“Prosjekt kvalitetssikra og redusert bruk av tvangsmiddel” er eit kvalitetsforbetringsprosjekt i Psykiatrisk klinikk. Prosjektet er i gang på ni postar i klinikken og har arbeidd med kvalitetsforbetringstiltak sidan mars 2017. Formålet med prosjektet er å arbeide for å kvalitetssikre og fagleg forankre bruk av tvangsmiddel og samtidig ha eit fokus på å få ned tvangsmiddeltall i Psykiatrisk klinikk. Dette blir gjort i tett samarbeid med Kvalitetsregisteret for bruk av tvang.</p> <p>Fokus i prosjektet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Innføring og kvalitetssikring av voldsprekikasjonsverktøyet BVC (Brøset Violence Checklist), slik at dette blir brukt i heile klinikken. 2) Ny rutine for kartlegging av potensiell aggresjon og vold hos enkeltpasientar, innført gjennom mal for kartleggingsamtale. I kvar post er det 1-2 ressurspersonar som støttar den faglege utviklinga på posten og som monitorerer praksisen.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>Nytt for 2018 er at prosjektet har start monitorering av ettersamtaler og debriefing etter bruk av mekaniske tvangsmiddel.</p>
		<p>Registrere avslutningstype og sikre så få avbrot som råd i døgnbehandling tverrfagleg spesialisert rusbehandling.</p>	<p><u>AFR Floen</u> Alle pasientane blir anten skrivne ut frå døgneining til eigen poliklinikk eller til bytte til annan TSB enn det som blir gitt i Floen-systemet. Dersom nokon ein sjeldan gong skriv seg ut, og heller ikkje ønskjer anna behandling, blir avbrot registrert.</p> <p><u>AFR Tertnes</u> Tvangsposten og Familieambulatoriet har ikkje avbrot i behandlinga. Kvinneposten registrerer manuelt månadleg tall på avbrot i behandling i tillegg til registrering i DIPS.</p> <p>Tiltak for å sikre få avbrot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krav til avrusing før innlegging, for-samtale med grundig informasjon om krav i behandlinga, rutinar etc. - Ved sprekk får pasientane tilbod om permisjon kor ny dato for retur blir avtalt, evt. avrusing/stabilisering ved annan institusjon. - Ved ambivalens knytt til å stå i behandling, blir dette følgd tett med samtalar, motivering og utforsking av årsak til ambivalens. - Dersom pasienten likevel ønskjer å avslutte behandlinga, settes prosessen med å kople på nye eller eksisterande hjelpeinstansar (kommune, drop out-team, poliklinikk etc.). Pasienten blir alltid ønskt velkommen tilbake. <p><u>AFR Askøy</u> Det blir registrert avbrot i behandlinga manuelt i tillegg til registreringa i DIPS</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>Avrusings- og Stabiliseringspost:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle får tilbud om kriseplan - Gjennomfører ansvarsgruppemøte innan ei veke - Arbeid med førebuing / avklaring av bestilling før ei innlegging - Samtale ved ønske om utskriving: <ul style="list-style-type: none"> o Jobbe med ambivalens o Ønskjer dei likevel å skrive seg ut, blir det gjennomført samtale om overdosefare og det blir lagt plan for vidare poliklinisk oppfølging <p>Mannsposten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle pasientane er avrusa før innlegging <p>Avklaringsamtale - innhald og forventingar til behandlinga</p>
<p>Andre oppgåver for helseføretaka i 2018</p>		<p>Implementere pakkeforløpa for psykisk helse og rus.</p>	<p>Divisjon psykisk helsevern vil følge opp dei rutinane som blir vedtatt sentralt.</p> <p>Det er også etablert lokale prosjektgrupper knytt til kvart DPS/DPS-råd som skal sikre implementering. Vi vil bruke hausten på ei nærare konkretisering.</p> <p>Avdeling for rusmedisin</p> <p>Helsedirektoratet skal publisere pakkeforløpet innan 20.6. Den regionale arbeidsgruppa har møte samme dag for gjennomgang av pakkeforløpet. AFR vil delta på den nasjonale lanserings- og implementeringskonferansen 12.9 i Oslo, og det blir arrangert regional konferanse 15.10 i Bergen. I tillegg planlegg AFR sammen med private ideelle aktørar innanfor TSB ei lokal samling.</p>

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		<p>Registrere utskrivningsklare pasientar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og inngå samarbeidsrutiner med kommunane for å førebu utskrivingar av desse pasientane, jf. innføring av betalingsplikt for kommunane frå 2019. Helseføretaka må involvere private aktørar i sitt opptaksområde i dette arbeidet for å samordne rutinane.</p>	<p>Avdeling for rusmedisin <u>Innført samarbeid</u> PLO-meldingar blir nytta når dette blir vurdert som aktuelt. Her inngår melding om utskrivingsklar pasient, og å sende/motta dialogmeldingar og melding om utskrivne pasient.</p> <p><u>Dialogmeldingar til fastlege</u> Dette blir brukt i stort omfang, og denne direktekommunikasjonen opplevast som svært nyttig.</p> <p><u>Utskrivningsklare pasientar inngår i samarbeidsprosjekt</u> Arbeid med eit «Standardisert pasientforløp for elektive (planlagte) innleggingar i tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)» er starta opp, forankra i Samarbeidsorganet rus (SAR). Leiarar på direktørnivå frå Bergen kommune, AFR og private ideelle aktørar utgjer styringsgruppa, og fagressursar og brukarar frå dei same einingane utgjer prosjektgruppa. Workshop for innspel og forankring i einingane blir arrangert 18. juni. Målsettinga med forløpet er å sikre likeverdige og koordinerte pasientforløp med ei samla tenking rundt kriterier for døgnbehandling og rammer rundt gode individuelle forløp. Arbeid med utskrivningsklare pasientar inngår i dette forløpet.</p> <p><u>Planlagt samarbeid med kommunar i samband med betalingsplikt frå 2019</u> Det er et innleiande møte 12.6.18 saman med Divisjonen psykisk helsevern og Forskings- og utviklingsavdelinga for å planlegge vidare prosess, internt og i samarbeid med kommunane, for å oppfylle forskriftskrav og mål i styringsdokumentet.</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>Saman med kommunane, har Divisjon psykisk etablert tenesteavtale 3/5 som er i tråd med dei krava som ligg i forskrifta. Dei private ideelle institusjonane i psykisk helsevern er med i dette arbeidet.</p> <p>Vi vil starte opp et arbeid knytt til betalingsplikt tidleg hausten 2018.</p>
		<p>Vidareføre satsing på betre helsetenester til barn og unge i barnevernet, medrekna å vere med og utvikle modellar for utgreiing av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Helseføretaka skal gjere sitt til at desse helsetilboda blir vidareutvikla slik at den språklege og kulturelle bakgrunnen til samiske barn òg er vareteken.</p>	<p>Divisjon psykisk helsevern /Psykisk helsevern barn og unge (PBU) har utarbeidd lokale avtaler med alle BUFetat-institusjonane.</p> <p>-PBU er i ferd med å utarbeide lokale avtaler med alle lokale private institusjonar.</p> <p>-PBU har oppretta barnevernsansvarlege i kvar BUP og på klinikknivå.</p> <p>-PBU er involvert i eit tverretatleg akuttprosjekt med BUFetat og kommunalt barnevern i Bergen kommune. Målet er å hindre akutt plassering i barnevern og sikre tidleg og alternativ oppfølging.</p> <p>-Akuttposten har eit prosjekt for å betre oppfølging av ungdom med hyppige reinnleggingar, noko av dette vil involvere å prøve tiltaksplan.</p> <p>-PBU er også inne i enkeltsaker.</p>
		<p>Setje i verk tiltak for å auke tilgangen til psykisk helsevern for innsette i fengsel, medrekna språklege og kulturelt tilrettelagte tilbod for samiske innsette.</p>	<p>Divisjon psykisk helsevern v/Klinikk for sikkerheitspsykiatri har ein poliklinikk i Bergen fengsel som gir tilbod til Bergen fengsel, Bjørgvin fengsel og ungdomstiltaket.</p> <p>Det er særskilte ressursar frå Klinikk for sikkerheitspsykiatri i ungdomstiltaket. Klinikken har også ei fast stilling i Narkotikaprogram med domstolskontroll.</p>
<p>3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik</p>			

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering																												
Mål 2018		Pasientskadar basert på dei årlege GTT ² -undersøkingane skal vere redusert med 25 prosent innan utgangen av 2018, målt ut frå undersøkinga for 2012.	<p>Prosentvis andel pasientskadar:</p> <table border="1" data-bbox="1279 411 2145 619"> <thead> <tr> <th></th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Helse Bergen</td> <td>12,9</td> <td>13,3</td> <td>15,8</td> <td>12,9</td> <td>11,6</td> <td>14,6</td> </tr> <tr> <td>Norge</td> <td>13,7</td> <td>13</td> <td>13,9</td> <td>13,7</td> <td>13,9</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Mål 2018*</td> <td>9,7</td> <td>9,7</td> <td>9,7</td> <td>9,7</td> <td>9,7</td> <td>9,7</td> </tr> </tbody> </table> <p>I 2017 blei 240 av 72068 pasientopphald gjennomgått. Fordelinga av skadar viser at det er mange sjukehusinfeksjonar i desse tala, noko 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 nokon skadar i dei alvorlegaste skadeklassane 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 vil vi no gjennomgå langt fleire journalar systematisk i 2018 og sørgje for at læringsmomenta blir følgde opp. Ny organisering av det sentrale og dei lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutvala er eit verkemiddel som vil bidra til å skape varige strukturar for arbeidet med pasienttryggleik i føretaket. Det blir også arbeidd med forbetring av rapportane og tett oppfølging frå stab i aktuelle einingar. Helse Bergen arbeider systematisk med å implementere alle tiltaka i pasienttryggleiksprogrammet. Resultata frå innsatsområda Trygg pleie, Trygg kirurgi og Førebygging av sjølvmoordsfare er tatt fram i nivå 2/3-leiarmøta og gjennomgått med linjeleiinga. På nivå 2/3-leiarmøta er pasienttryggleik fast på agendaen ved at administrerande direktør</p>		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Helse Bergen	12,9	13,3	15,8	12,9	11,6	14,6	Norge	13,7	13	13,9	13,7	13,9	?	Mål 2018*	9,7	9,7	9,7	9,7	9,7	9,7
	2012	2013	2014	2015	2016	2017																									
Helse Bergen	12,9	13,3	15,8	12,9	11,6	14,6																									
Norge	13,7	13	13,9	13,7	13,9	?																									
Mål 2018*	9,7	9,7	9,7	9,7	9,7	9,7																									

² Strukturert journalundersøking er ein framgangsmåte å identifisere og måle forekomst av pasientskade i helsetenesta. Global Trigger Tool (GTT) er ein standardisert prosedyre for å gjere dette på.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>inviterer dei kliniske einingane til å presentere dei gode historiene som ein kan lære av på tvers.</p> <p>Det vil i 2018 bli gjennomført ein minirevisjon på Trygg Pleie og prevalensmåling på trykksår.</p> <p>Funna frå miniaudit på Trygg kirurgi, blir følgde opp og det blir sett i verk tiltak for å sikre kvaliteten i registreringane.</p> <p>Det er starta innføring av Tidleg oppdaging av forverra tilstand, oppstart av pilot blir i september 2018.</p> <p>Innsatsområdet Førebygging og behandling av underernæring er etablert ved piloteininga og arbeidet med å implementere det i resten av føretaket begynner til hausten.</p> <p>Lokale leiarkurs i føretaket skal utvidast med tema pasienttryggleik og forbetningsarbeid.</p>
		<p>Sjukehusinfeksjonar skal vere mindre enn 3,5 prosent.</p>	<p>Helse Bergen registrerer prevalens av sjukehusinfeksjonar fire gongar årleg. Første registrering i 2018 viste ein førekomst på 3,4 prosent. Frå andre kvartal 2015 har alle målingane med unntak av ei, vore under 3,5 prosent.</p> <p>Helsetenesteassosierte infeksjonar (HAI) blir førebygd gjennom systematisk smittevernarbeid. Forskings- og utviklingsavdelinga har utarbeidd «Smittefritt», eit lokalt smitteverninitiativ som skal bidra til at smittevern kjem på agendaen i dei kliniske einingane i Helse Bergen. Postoperative sårinfeksjonar er eitt av fem utvalde innsatsområde.</p>
		<p>Det samla forbruket av breispektra antibiotika ved norske sjukehus skal vere redusert med 30 prosent i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem</p>	<p>Alle dei kliniske avdelingane har starta med å implementere tiltak for å redusere bruk av breispektra antibiotika. Intensivavdelinga, Lungeavdelinga og Voss sjukehus er døme på einingar der ein tidleg har</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering														
		breispektra midla: Karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon).	fått gode resultat og vist at det er trygt å redusere forbruket av slike antibiotika med 30-40 prosent. Ved utgangen av 1. tertial, er forbruket av breidspektra antibiotika redusert med 13 prosent. Antibiotikateamet støtter dei kliniske einingane ved å gi dei eigne rapportar, hjelpe dei med fortolking og finne forbettringspunkt. Teamet jobbar også med automatisering av rapportane i styringsportalen og innføring av beslutningsstøtte i elektronisk kurve. Det kan nemnast at <u>Nasjonal kompetasetjeneste for antibiotikabruk i Spesialisthelsetjenesten</u> er lokalisert til Haukeland universitetssjukehus.														
		Minst 20 prosent av pasientane med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.	I gjennomsnitt hittil i år har 27,3 prosent av pasientane med akutt hjerneinfarkt fått intravenøs trombolysebehandling. Tabellen viser resultat for kvar måned: <table border="1" data-bbox="1283 850 1816 1114"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan 2018</td> <td>10 (28,6%)</td> </tr> <tr> <td>Feb 2018</td> <td>5 (20,8%)</td> </tr> <tr> <td>Mar 2018</td> <td>11 (32,4%)</td> </tr> <tr> <td>Apr 2018</td> <td>6 (22,2%)</td> </tr> <tr> <td>Mai 2018</td> <td>3 (37,5%)</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>35 (27,3%)</td> </tr> </tbody> </table>	Periode	Ja	Jan 2018	10 (28,6%)	Feb 2018	5 (20,8%)	Mar 2018	11 (32,4%)	Apr 2018	6 (22,2%)	Mai 2018	3 (37,5%)	Totalt	35 (27,3%)
Periode	Ja																
Jan 2018	10 (28,6%)																
Feb 2018	5 (20,8%)																
Mar 2018	11 (32,4%)																
Apr 2018	6 (22,2%)																
Mai 2018	3 (37,5%)																
Totalt	35 (27,3%)																
		Minst 50 pst. av pasientar med hjerneinfarkt som er trombolysebehandla, får denne behandlinga innan 40 minutt etter innlegging.	I gjennomsnitt hittil i år har 80 prosent av pasientane med hjerneinfarkt som er trombolysebehandla, fått behandlinga innan 40 minutt etter innlegging. Tabellen under viser resultat for kvar måned:														

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering																																																					
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Periode</th> <th>Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jan 2018</td> <td>9 (90%)</td> </tr> <tr> <td>Feb 2018</td> <td>4 (80%)</td> </tr> <tr> <td>Mar 2018</td> <td>7 (63,6%)</td> </tr> <tr> <td>Apr 2018</td> <td>6 (100%)</td> </tr> <tr> <td>Mai 2018</td> <td>2 (66,7%)</td> </tr> <tr> <td>Totalt</td> <td>28 (80%)</td> </tr> </tbody> </table>	Periode	Ja	Jan 2018	9 (90%)	Feb 2018	4 (80%)	Mar 2018	7 (63,6%)	Apr 2018	6 (100%)	Mai 2018	2 (66,7%)	Totalt	28 (80%)																																							
Periode	Ja																																																							
Jan 2018	9 (90%)																																																							
Feb 2018	4 (80%)																																																							
Mar 2018	7 (63,6%)																																																							
Apr 2018	6 (100%)																																																							
Mai 2018	2 (66,7%)																																																							
Totalt	28 (80%)																																																							
		Ingen korridorpatientar.	<p>Under følgjer oversikt over talet på korridorpatientar I 2018.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Klinikk/avdeling</th> <th colspan="5">Tal pasientar på korridor kl 07.00</th> </tr> <tr> <th>April 2018</th> <th>Mars 2018</th> <th>Februar 2018</th> <th>Januar 2018</th> <th>Desember 2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Divisjon psykisk helsevern</td> <td>63</td> <td>21</td> <td>40</td> <td>72</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Nevroklubben</td> <td>42</td> <td>40</td> <td>37</td> <td>66</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Ortopedisk klinikk</td> <td>26</td> <td>18</td> <td>21</td> <td>26</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Hjarteavdelinga</td> <td>24</td> <td>28</td> <td>23</td> <td>48</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>Kirurgisk klinikk</td> <td>22</td> <td>49</td> <td>32</td> <td>43</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>Øvrige avdelingar</td> <td>62</td> <td>70</td> <td>82</td> <td>93</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>Sum</td> <td>239</td> <td>243</td> <td>278</td> <td>386</td> <td>227</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tiltak som er sette i verk for å betre situasjonen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinikane blir tett følgde opp i månadleg rapportering og nivå 2/3-møte. - Innføring av ny mottaksmodell for dei somatiske avdelingane. - Innføring av daglege sengekapasitetsmøte for alle somatiske sengepostar <p>Forløpande monitorering av bruken av senger i sjukehuset ved hjelp av webrapporten «Ledige senger»</p>	Klinikk/avdeling	Tal pasientar på korridor kl 07.00					April 2018	Mars 2018	Februar 2018	Januar 2018	Desember 2017	Divisjon psykisk helsevern	63	21	40	72	11	Nevroklubben	42	40	37	66	16	Ortopedisk klinikk	26	18	21	26	21	Hjarteavdelinga	24	28	23	48	52	Kirurgisk klinikk	22	49	32	43	27	Øvrige avdelingar	62	70	82	93	88	Sum	239	243	278	386	227
Klinikk/avdeling	Tal pasientar på korridor kl 07.00																																																							
	April 2018	Mars 2018	Februar 2018	Januar 2018	Desember 2017																																																			
Divisjon psykisk helsevern	63	21	40	72	11																																																			
Nevroklubben	42	40	37	66	16																																																			
Ortopedisk klinikk	26	18	21	26	21																																																			
Hjarteavdelinga	24	28	23	48	52																																																			
Kirurgisk klinikk	22	49	32	43	27																																																			
Øvrige avdelingar	62	70	82	93	88																																																			
Sum	239	243	278	386	227																																																			
		Prosentdelen dialysepatientar som får heimedialyse, skal vere på minst 30 prosent.	Det er så langt i år ikkje sett i verk spesifikke tiltak for å auke andelen av heimedialyse. Avdelinga har egne sjukepleiarar som følgjer opp																																																					

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			pasientar med peritoneal dialyse. Det vil vere nødvendig å prioritere bruk av legeressursar for å styrke arbeidet med heimedialyse.
		Talet på kliniske behandlingsstudiar er auka samanlikna med 2017.	Tiltak som er gjort for å oppfylle styringskravet: <ul style="list-style-type: none"> • Auka synleggjering av forskingsstøtte gjennom NorCRIN-nettverket. Omtale på møter og bruk av interne nettsider • Fokus på studiar i samband med innføring av indikator på kliniske studiar • Ei ny eining for enklare behandlingsstudiar i samarbeid med Universitetet i Bergen har blitt starta opp • Auka areal og ressursar knytt til klinisk forskingspost • Auka tal på årsverk tilsett i forskingsstøttefunksjonar
Andre oppgåver for helseføretaka i 2018		Implementere pakkeforløpa for hjerneslag. Dette føreset fortløpande og komplett registrering til Norsk hjerneslagregister. Vi viser til brev frå Helseledningsdirektoratet datert 18.12.17, og brev frå Helse Vest RHF datert 07.02.2018.	Neurologisk avdeling har sett i gang med pakkeforløp for hjerneslag. Det er nokre tekniske utfordringar knytt til riktig registrering, og det er dialog med Norsk hjerneslagsregister om det som er uklart. Radiologisk avdeling er ein viktig samarbeidspartnar i utviklinga av eit slagforløp.
		Utvikle rutinar for god overføring frå barne- til vaksenorientert helseteneste ut frå best tilgjengeleg kunnskap. Rutinane skal omfatte overføring internt i sjukehuset og mellom sjukehuset og primærhelsetenesta. Rutinane skal bli utarbeidd i samråd med ungdomsrådet i helseføretaka	I sluttrapporten for prosjektet Ungdomsmedisin i Helse Bergen blir det understreka følgjande: «Ungdommer og unge voksne i alderen 12-25 år vil ha spesielt nytte av et tilpasset tjenestetilbud. Barne- og ungdomssjukehuset vil ha ansvar for ungdom opptil 18 år, mens aldersgruppen 18-25 får et tilbud i voksenavdelinger».

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Det er utvikla ein modell for overgangsforløp. Dette forløpet blir understøtta av to skjema: «Min helse» og «Klar til overføring» som skal fyllast ut/sendast inn elektronisk i Checkware. Foreløpig har vi følgjande pilotgrupper for overgangsforløp: IBD, epilepsi og diabetes (desse pasientane blir no følgde opp poliklinisk og inneliggande på Barne- og ungdomsklinikken (BUK) inntil fylte 18 år). Pilotane er i gang med arbeidet med å utvikle diagnosespesifikke overgangsforløp for ungdom 12-18 år som er venta å vere klare hausten 2018. Diabetespasientane er i gang med å bruke skjema i Checkware. Frå før har hjerte 13+ eit eige program for overføring frå BUK til Hjarateavdelinga ved 18-års alder. 2. Det er ikkje oppretta rutinar for oppfølging av ungdomar 18-25 år etter overføring til vaksenavdeling. Ressursgruppa i ungdomsmedisin ved BUK har oppretta kontakt med relevante personar for samarbeid om overgangsforløp i pilotgruppene. 3. Ungdomsrådet har vore svært aktivt og gitt innspel til forløp og utkast til skjema og anna materiale. Ressursgruppa i ungdomsmedisin ved BUK har jamleg kontakt med ungdomsrådet. 4. For å få til ei god overføring frå barne- til vaksenorientert helseteneste, er det utvikla materiale for betre kommunikasjon med ungdom (kommunikasjonskort, kort om biopsykososial utvikling og ungdomspermen). Det er planlagt internundervisning om ungdomsmedisin i mai/juni, og det blir lagt planar for vidare kompetanseheving mellom anna med jamlege fagdagar.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			5. Det er laga utkast til flytskjema og pasientforløp for ungdomsmedisin . 6. Ungdomsmedisin er oppretta som nytt fagområde i DIPS og pilotgruppene har fått eigne diagnosegrupper. I tillegg er det oppretta eit nytt innkallingsbrev til ungdom.
		<p>Sørgje for ei planmessig omlegging av raskare tilbake-ordninga. Omlegginga inneber at midlane er fordelt mellom helseføretaka etter inntektsmodellen (styresak 121/17), og inngår i berekningsgrunnlaget for ISF. Midlane skal nyttast til å vidareføre og opprette tiltak med god effekt og som bidrar til at behandling og arbeidsretta hjelp skjer samtidig, integrert i det ordinære pasienttilbodet. Midlane skal primært kome personar med muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar til gode. Raskare tilbake-tiltak til desse pasientgruppene skal ikkje leggjast ned i samband med omlegginga.</p> <p>Effekten arbeid og utdanning har på helse og livskvalitet vil vere eit viktig moment i rettighetsvurdering av tilvisingar. Psykisk helsevern og somatikk (fysikalsk medisin og rehabilitering) skal styrke samarbeidet om samtidige tenester til pasientar med samansette behov. Pasientar som får</p>	<p>Dette er følgt opp presentert i rapport som er sendt til Helse Vest april 2018.</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		<p>behandling gjennom behandlingstilboda som blir vidareført eller oppretta etter Raskare tilbake skal framleis registrerast i NPR med debitorcode 20. Helseføretaka skal innan 5. april 2018 sende Helse Vest RHF rapport om status og plan for omlegginga. Vi viser til brev datert 23.01.18.</p>	
		<p>Delta i planlegging og gjennomføring av forskingsbasert følgjeevaluering av omlegginga av Raskare tilbake.</p>	<p>ReHabiliteringsklinikken har deltatt i fleire møte i Helse Vest-regi, mellom anna om koding og registrering av Helse og arbeid-pasientar. Det har vore to møte mellom Divisjon psykisk helse v/Björgvin DPS og ReHabklinikken om samskapte tenester innanfor muskel- og skjelett/psykisk lidning. Det er planlagt oppstart av pilot til hausten.</p> <p>Det er tildelt stimuleringsmiddel knytt til to tiltak i Helse-Bergen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Samarbeidsprosjekt Divisjon psykisk helsevern og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering 2. Styrking av poliklinikk ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering <p>I det felles oppdragsdokumentet frå Arbeidsdirektoratet og HOD blir det gitt føringar knytt til samarbeid mellom helseføretaka (RHF og HF) og NAV. Det må inngås avtaler om samarbeid på tvers av tenestene på føretaksnivå.</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		<p>Redusere uønska variasjon i tilbudet til pasientar med kols, jamfør SKDE³ sitt helseatlas.</p>	<p>Lungeavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus gir ifølgje helseatlas eit godt tilbud til KOLS-pasientar. Tiltaket er å halde fram det gode arbeidet og fortsette å utvikle tilbudet til pasientane</p>
		<p>Styrke arbeidet med tidleg diagnostisering og oppfølging/retteiing av autismespekterforstyrningar (ASF), og vurdere å inngå forpliktande samarbeidsavtalar mellom helseføretak/sjukehus og kommunar. Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom, og narkolepsi (RFM) skal bidra inn i arbeidet.</p>	<p>Det er starta opp eit samarbeid mellom RFM og fagmiljø på Psykiatrisk klinikk og DPS for å vidareutvikle tidleg diagnostisering, oppfølging og retteiing. Ei skisse opplegg er venta ferdig sommaren 2018.</p> <p>Psykisk helsevern barn og unge (PBU) har jobba med å avklare oppgavedeling mellom Habiliteringstenesta for barn og unge (HABU) og PBU. Framover er det ønskjeleg å definere oppgavedeling og område for samarbeid med kommunane.</p>
		<p>Etablere ei ordning for overgang til fagleg likeverdige, men rimelegare legemiddel basert på tilrådingane i rapporten «<i>Overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag</i>». Rapporten blei sendt frå dei regionale helseføretaka til HOD 1.november 2017. Helseføretaka må samarbeide med Sjukehusapoteka Vest HF i dette arbeidet. Helseføretaka skal gjere greie for oppfølginga til Helse Vest RHF innan 30. april 2018. Helse Vest RHF vil kome tilbake til dette i eige brev.</p>	<p>Oppfølginga er gjort greie for i brev til Helse Vest RHF datert 26. april 2018</p>

³ SKDE = Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (Helse Midt-Norge).

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering												
		<p>Registrere i pasientadministrative system at pasientar har vore vurderte og eventuelt fått tildelt kontaktlege. Det skal bli gjort greie for status innan 15. mai 2018. Helse Vest RHF vil kome tilbake til dette i eige brev.</p>	<p>Dette blir registrert i DIPS, sjå uttrekk i tabellen under:</p> <table border="1" data-bbox="1283 536 2168 708"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017 per april</th> <th>2018 per april</th> <th>Endring</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Helse Bergen</td> <td>Tal unike pas</td> <td>Tal unike pas</td> <td>pros.</td> </tr> <tr> <td>Kontaktlege blei oppretta i perioden</td> <td>741</td> <td>904</td> <td>22,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kjelde: Uttrekk frå Dips</p>		2017 per april	2018 per april	Endring	Helse Bergen	Tal unike pas	Tal unike pas	pros.	Kontaktlege blei oppretta i perioden	741	904	22,0
	2017 per april	2018 per april	Endring												
Helse Bergen	Tal unike pas	Tal unike pas	pros.												
Kontaktlege blei oppretta i perioden	741	904	22,0												
Til Helse Bergen HF		<p>Etablere ei nasjonal ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetenesta der pasientar med alvorleg livsforkortande sjukdom kan få ei ny vurdering av kva som er mogleg behandling for anten etablert eller utprøvande behandling i Noreg eller i utlandet, jf. utgreiing gjennomført i 2017. Helse Bergen skal utarbeide forslag til korleis etablering av ordninga skal skje innan 01.04.2018.</p>	<p>Helse Bergen har utarbeidd forslag til etablering av ordning med ekspertpanel i spesialisthelsetenesta og dette blei oversendt Helse Vest 1.april 2018</p>												
		<p>Følgje opp tilrådingane frå den 5-årige heilskaplege gjennomgangen av godkjente fleirregionale og nasjonale behandlingstenester. Oppfølginga skal skje i samarbeid med Helse Vest og dei andre</p>	<p>Helse Bergen har i samarbeid med Helse Vest arrangert eit informasjonsmøte med dei fleirregionale og dei nasjonale behandlingstenestene om resultatet av evalueringa. Etter møtet blei det sendt oppfølgings spørsmål til kvar enkelt teneste knytt til punkta i evalueringa, med frist for tilbakemelding primo mai. Resultatet av dette</p>												

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		regionane. Det vil bli sendt eige brev til Helse Bergen om oppfølging og organisering av arbeidet	vil i første omgang bli diskutert med dei regionale helseføretaka ultimo mai.
		Understøtte utviklinga av eit nasjonalt medisinsk kvalitetsregister på rusfeltet.	<p>Avdeling for rusmedisin har gjennom fleire år vore aktiv med utprøving av tidlegare versjonar av kvalitetsregisteret, inkludert i evalueringsprosessar med tilbakemeldingar til prosjektleiinga.</p> <p>Avdelingsdirektøren i AFR sitt i Fagrådet for kvalitetsregisteret, og bidrar også individuelt med innspel til kvalitetssikringa av variabellista, spissing av målsettingar og hensiktsmessig bruk. Variabellista har også vore drøfta av brukarar i AFR; Ruspanelet og mennesker med ruserfaring i Erfaringspanel for psykisk helse og rus og kvalitets- og kompetanseutvalet i AFR. Innspel frå desse har gått direkte til prosjektleiinga.</p> <p>Prosjektleiinga er i slutfasen av å utforme endeleg variabelliste, og endeleg godkjenning av registeret som nasjonalt register er venta i løpet av hausten. Så kjem ein lengre periode med utvikling av gode nettbaserte løysningar for registeret. I AFR er motivasjonsarbeid for bruk av registeret starta, og den ferdige versjonen vil bli implementert i avdelinga.</p>
Personell, utdanning og kompetanse		Planleggje for å setje i verk del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift ⁴ .	Regionalt utdanningscenter for LIS (RegUt) er operativt. RegUt leier det regionale arbeidet med innføringen av LIS 2 og 3 i regionen. Det er etablert fagleg og organisatorisk infrastruktur (utdanningsråd, IKT-plattform, kurskomite for rettleiing) for å understøtte innføring av LIS-

⁴ Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>utdanninga i klinikkane. Det er oppretta ein regional kurskomite for rettleiing og supervisjon i regionen som skal sikre rettleiarkompetansen til legane. Det er planlagt rettleiingskurs med oppstart hausten 2018. Helse Bergen inngår i det regionale innføringsprosjektet og har eigen prosjektleiar. Innføringsprosjektet er leiarforankra på alle nivå i organisasjonen, og det er eit omfattende arbeid i gang med å sikre informasjon til heile organisasjonen.</p> <p>Alle klinikkane har starta arbeidet med å utforme læringsaktivitetar i eigen klinikk. Samordning på tvers av avdelingar, sjukehus og HF vil skje i ein regional prosess hausten 2018.</p> <p>RegUt deltar i det tverregionale LIS-prosjektet for å sikre ei harmonisert nasjonal utdanning og leier det regionale innføringsprosjektet for LIS 2 og 3 i regionen.</p>
Til Helse Bergen HF		Helse Vest RHF skal i samarbeid med RegUt og helseføretaka sikre at helseføretaka har utarbeidd planar og læringsaktivitetar for innføring av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin.	Innføring av LIS-utdanninga del 2 og 3 i akutt- og mottaksmedisin følgjer det ordinære innføringsprosjektet for LIS 2 og 3 i regionen.
		Helse Vest RHF skal leggje til rette for at eksisterande tilbod om kompetanseheving i samisk språk og kultur blir gjort kjent nasjonalt, slik at helsepersonell i heile landet har høve til å søke om deltaking. Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF skal leggje til rette for at tilsette kan få kompetanseheving i samisk språk når helseføretaket treng slik kunnskap.	Oppfølging av Helse Vest RHF.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
Forskning og innovasjon		Bidra til implementering av nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten i helseføretaka under leiding av Helse Sør-Øst RHF (jf. rapport frå nasjonal arbeidsgruppe frå desember 2017), og gjennomføre ei prøverapportering på aktivitetsindikatoren for 2017.	I 2017 blei det gjennomført ein pilot under leiding av Helse Sør-Øst. Haukeland universitetssjukehus var med i denne piloten, og leverte tal i tråd med forslag til nasjonalt system for måling av innovasjonsaktiviteten. Tala er lagt inn i nasjonal rapport, som Helse Sør-Øst har ansvar for å levere til departementet når alle RHFa har godkjent innhaldet.
Til Helse Bergen HF		Bidra i dei regionale helseføretaka sitt oppdrag med å gjennomføre ei prøverapportering på talet på pasientar som deltek i kliniske behandlingsstudiar i helseføretaka, i tråd med tilrådingar i rapport frå arbeidsgruppe for utvikling av ein indikator for kliniske behandlingsstudiar	Oppdraget blei presentert for føretaksleiinga i Helse Bergen. Dette blei gjort for å forankre rapporteringa og sikre at alle dei aktuelle avdelingane blei informert i forkant. Ved hjelp av eit datauttrekk frå Cristin (eit nasjonalt forskningsinformasjonssystem) blei studiane i Helse Bergen som møtte definisjonskrava frå arbeidsgruppa sin rapport, identifiserte og sortert ut. Det blei så utarbeidd ei sharepoint-løysning for oversiktleg innsamling av dei dataa som var etterspurde. Kvar enkelt prosjektleiar blei deretter kontakta slik at dei sjølv kunne oppdatere for sine eigne prosjekt. Prøverapporteringa blei sendt inn innan fristen 1. juni 2018.
		Sikre at NorPedMed, det kliniske forskingsnettverket med base i Nasjonalt kompetansenettverk for legemiddel til barn, er eit kontaktpunkt for legemiddelrelatert klinisk forskning	NorPedMed har no blitt eit fast punkt på agendaen på NorCRIN-styremøte. NorCRIN-styret blir oppdatert på NorPedMeds aktivitet nasjonalt og internasjonalt. Det er Haukeland universitetssjukehus sin

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		på barn i den nasjonale forskingsinfrastrukturen for kliniske studiar NorCRIN.	styrerepresentant i NorCrim-styret som har ansvar for denne rapporteringa om pediatrirelevante nyheiter.
		Bidra i dei regionale helseføretaka sitt arbeid med å greie ut og pilotere ein totalkostnadsmodell for eksternt finansierte forskingsprosjekt, i tråd med tilrådingar frå arbeidsgrupperapporten «Samordnet praksis for budsjettering og regnskapsføring av forsknings- og utviklingsprosjektar innan helse» (2015) og tilrådinga frå Husebakk-utvalet («Samordning mellom universiteter og helseforetak» 2017). Arbeidet skal leiast av Helse Sør-Øst RHF.	<p>Dette nasjonale arbeidet skal leiast frå Helse Sør-Øst, men er ikkje sett i gang enno. Vi ventar på ein invitasjon til å peike ut representantar i ei nasjonal arbeidsgruppe.</p> <p>Bistand til det nasjonale arbeidet vil bli utført i eit nært samarbeid mellom Økonomiavdelinga og Forsknings- og utviklingsavdelinga.</p>
		Bidra i dei regionale helseføretaka sitt samarbeid med universiteta om å utarbeide felles retningslinjer for avklaring av vertskapsrolla i eksternt finansierte prosjekt.	Det er starta eit samarbeid mellom universitetet og sjukehuset når det gjeld samhandling rundt EU- og NFR-søknader. Det er oppretta ein arbeidsgruppe med tre representantar frå kvar institusjon (oppretta av Samarbeidsforumet mellom UiB og HUS). Grappa leverer forslag til mandat i juni 2018. Arbeidsgruppa skal utvikle felles rutinar for samarbeid om ekstern finansiering. Etter at det er gjort ei kartlegging, vil det bli utarbeidd retningslinjer for vertskapsrolla for eksternt finansierte prosjekt.

4 Krav og rammer 2018

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
4.1 Bemanning, leing og organisasjon			
4.1.1	Bemanning og kompetanse	Utvikle strategiske kompetanseplanar og tiltak for å utdanne, rekruttere og vidareutvikle tilstrekkeleg tal medarbeidarar for alle yrkesgrupper/fagområde. Helseføretaka bør utvikle kompetanseplanar i tråd med måla i Helse2035, anten det er på stillingsgruppe-nivå eller individuelt der det er føremålstenleg. Dette er eit tiltak som og skal forplikte medarbeidarar til kva oppgåver dei må kvalifisere seg for i framtida.	Det er utvikla sentrale kompetanseplanar for alle nye tilsette og for alle dei større yrkesgruppene i sjukehuset. Desse er supplert med kompetanseplanar på nivå 2 og på den enkelte avdeling, tilpassa avdelinga og den enkelte medarbeidar sine kompetansebehov. Alle avdelingar har tatt i bruk Kompetanseportalen for dokumentasjon av opplæring. Individuelle utviklingstiltak blir avtalt i medarbeidersamtale og skal vere i tråd med kompetansebehovet i sjukehuset. Avtalte tiltak blir dokumentert i Kompetanseportalen. For å framskrive behov og sikre framtidig kompetanse, er Nasjonal bemanningsmodell tatt i bruk for strategisk viktige yrkesgrupper.
		I dialog med utdanningsinstitusjonane arbeide for å få dei ulike utdanningane betre i samsvar med tenestene sine behov.	<ul style="list-style-type: none"> -Helse Bergen gjennomfører jamlege ulike samarbeidsmøter med utdanningsinstitusjonane (UiB, HVL og VID) på fleire nivå. -Utdanningssektoren er involvert i arbeid med utviklingsplanen for Helse Bergen. Føretaket er involvert i HVL sitt strategiarbeid. -Helse Bergen og utdanningsinstitusjonane er i prosess for revidering av samarbeidsavtaler i tråd med nasjonale føringar. -Pilotprosjektet med 13 kombinerte stillingar mellom føretak og høgskule er komme halvegs og ordninga ser ut til å fungera etter intensjonen. -For dei store utdanningane (lege og sjukepleie) blir det prøvd ut ulike typer praksismodellar; til dømes meir bruk av poliklinikk- og dageiningar og ulike formar for tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS).
		Sørgje for at alle helseføretaka har eigne læreplassar innan helsefagarbeidarfaget, og avklare kor mange lærlingar føretaket bør ha.	Hausten 18 vil det vere tilsett 8 helsefagarbeidarlærlingar i ordinært læreløp (2 til Voss). Desse tilsettingane kjem i tillegg til 2 TAF-helselærlingar som skal gjere ferdig sine løp.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
			<p>Samarbeidslærlingane fortsett (ca 22 til einkvar tid) etter sterkt ønske fra både kommunar og avdelingar ved sjukehuset; erfaringa er at desse lærlingane lærer mykje om samhandling til det beste for pasientar på tvers av tenestenivåa gjennom sin opplæringsmodell. Avtalen som regulerer opplæringsmodellen, er revidert (med fokus på forenkling og standardisering) i eit samarbeid mellom partane og er venta å gjelde frå hausten-18.</p> <p>Helse Bergen planlegg i løpet av hausten å gjennomføre samtalar/dialog med leiarar og dei tillitsvalde i sjukehuset for diskusjon av dimensjonering av lærefaga i Helse Bergen</p>
4.1.2	Felles kartlegging av arbeidsmiljø og pasienttryggleikskultur	<p>Gjennomføre den felles kartlegginga av arbeidsmiljø og pasienttryggleiksskultur (ForBedring) i 2018 med metodikk som gjer det mogleg å samanlikne resultatane mellom sjukehus og helseregionar. Det skal gjennomførast forbetringstiltak på identifiserte forbetningsområde når undersøkinga er gjennomført. Vidare skal resultat på nasjonale indikatorar for pasienttryggleikskultur rapporterast til Helsedirektoratet</p>	<p>Gjennomføring av felles nasjonal kartlegging blei organisert gjennom regionale og lokale arbeidsgrupper. Kartlegginga blei gjennomført i Helse Bergen i perioden 1.2 – 15.03.18 med ein samla svarprosent på 78 prosent.</p> <p>I Helse Bergen er det utarbeidd ei eiga intranettside kor ein blant anna har gjort tilgjengeleg informasjonsmateriell, prosessrettleiar og teknisk rettleiar. Det er gjennomført fleire seminar med informasjon og rettleiing til det vidare forbetningsarbeidet. Invitasjon til seminaret gjekk til alle leiarar, verneombod og tillitsvalde i Helse Bergen.</p> <p>Kartleggingsresultatane er gjort tilgjengelege for leiarar, tillitsvalde og verneombod for deira område gjennom tilgangsstyring. Det er utarbeidd ein ny mal for handlingsplan som skal brukast i arbeidet med å lage einingsvise handlingsplanar. Handlingsplanane skal utarbeidast i samarbeid mellom leiar, verneombod, tillitsvalde og medarbeidarar, blant anna basert på resultat frå forbetningsundersøkinga. Det er sett ein frist til 19. juni med å utarbeide lokale handlingsplanar. Status på dette arbeidet blir følgt opp i føretaksleiinga og vidare gjennom interne systemrevisjonar og HMS-årsrapportering.</p>

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
4.1.3	Vaksinasjon av personell	Leggje til rette for at alt personell kvart år får tilbod om sesonginfluensavaksine slik at WHO og EU sin målsetting om 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan bli nådd.	Helse Bergen tilbyr alle sine tilsette gratis sesonginfluensavaksine og arbeider etter ein desentralisert vaksinasjonsmodell. I influensasesongen 2017/2018 har Helse Bergen distribuert 5764 vaksiner til tilsette (omtrent 65% vaksinasjonsdekning) og dette er det høgaste talet nokon sinne.
4.1.4	Tiltak innanfor bygg- og eigedomsområdet	Nytte vedtekne rettleiarar og standardar utarbeidd for bygg- og eigedomsområdet.	Helse Bergen følgjer vedtatte rettleiarar og standardar utarbeidd for bygge- og eigedomsområdet både innanfor forvaltning, drift, vedlikehald og utvikling (investeringar). Føretaket deltar også aktivt i utarbeiding av nye rettleiarar og standardar saman med Sjukehusbygg HF.
		Etter avtale bidra i arbeidet kring utarbeiding av grunnlag for evaluering av utbyggingsprosjekt og i arbeidet med utgreiing av korleis det betre kan leggjast til rette for verdibeverande vedlikehald av sjukehusbygg	Helse Bergen deltar etter førespurnad og i eigedomsutvalet.
4.1.6	Bruk av spesialnummer	Marknadsføringslova forbyr næringsdrivande å vise kundane sine til kostbare spesialnummer når dei skal kontakte kundeservice. Dette har blitt stadfesta i ei avgjerd i EU-domstolen. Helse Vest er kjent med at slike spesialnummer er avskaffa i Helse Vest, men understrekar at helseføretaka ikkje skal opprette nye femsifra spesialnummer.	Vi har avvikla vårt eige spesialnummer og prøver å få Pasientreiser HF til å gjere det same

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
4.1.7	E-helse	Leggje anbefalingane i rapporten frå Direktoratet for e-helse om <i>Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgstjenesten</i> til grunn i det vidare arbeidet med informasjonstryggleik.	<p>Helse Vest IKT fekk i 2017 utvida mandat til å inngå databehandlingsavtaler med underleverandører for å sikre leveransen av tenester.</p> <p>Helse Vest IKT er avtalepart for alle kjøp av IKT-leveranser frå eksterne leverandører.</p> <p>Helse Vest IKT som avtalepart: Helse Bergen er involvert i anskaffingsprosessen og kvalitetssikrer kontraktar og kjøp.</p> <p>Helse Vest IKT og Medisinsk/teknisk avdeling deltar i møte med departementet for å avklare bruken av Sikkerhetsloven for styrkt kontroll med bruk av private leverandørar.</p> <p>Sak til direktørmøtet om deltaking i Nasjonal sikkerhetsmånad for heile føretaksgruppa.</p> <p>I arbeidet med personvernforordninga, er det eit delmål å etablere overordna kravliste for informasjonssikkerheitskrav og gi innspel til prosess for å ta i vare desse.</p>
		Sikre at etablerte innbyggjartenester blir nytta. (innbyggjartenester på helsenorge.no)	Det er heile tida eit kontinuerleg arbeid med å utvikle og forbetre pasientinformasjonen på www.helsebergen.no . Dette arbeidet skjer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Ein viktig del av dette arbeidet er å få flest mogleg av pasientar og pårørande til å bruke alle dei moglegheitene som finnes i dei digitale innbyggjartenestene
		Bidra i Direktoratet for e-helse sitt arbeid med å ferdigstille og ta i bruk nødvendige standardar for elektronisk samhandling, jf. forskrift om IKT-standarder i helse- og omsorgssektoren. Dette	Helse Bergen HF deltar aktivt i det regionale arbeidet med å utvikle og auke bruk av samhandlingsverktøy, og har tatt i bruk alle standarder som er etablert i Helse Vest.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		arbeidet skal skje i tett samarbeid med Alle møter-programmet.	
4.1.8 <i>Til Helse Bergen HF</i>	Helsedata-programmet	Bidra inn i arbeidet med å utarbeide ein plan for korleis dei medisinske kvalitetsregistra (inkludert kvalitetsregistra til Kreftregisteret) skal ta i bruk nasjonale fellestenester. Planen skal utarbeidast i samarbeid med Direktoratet for e-helse.	Oppdraget om å utarbeide ein plan for korleis dei medisinske kvalitetsregistra skal ta i bruk nasjonale fellestenester, blei gitt til alle dei regionale helseføretaka. Det nasjonale servicemiljøet/SKDE er i dialog med Direktoratet for e-helse om oppdraget. Nasjonalt servicemiljø region Vest/Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, bidrar i samarbeidet som ein del av det nasjonale servicemiljøet. Ein medarbeidar ved Fagsenteret er medlem av referansegruppa til Helsedataprogrammet. I løpet av 2018 skal planen vere ferdig
4.2 Øvrige krav			
4.2.1	Beredskap, sikkerheit og sivil-militært samarbeid	Gjennomføre nødvendige oppdateringar i egne beredskapsplanar og rutinar i tråd med både revidert Nasjonal helseberedskapsplan og Regional helseberedskapsplan for Helse Vest.	Helse Bergen har revidert beredskapsplanverket i tråd med føringane i Regional helseberedskapsplan og Nasjonal helseberedskapsplan
		Vurdere behov for nye tiltak for å møte langvarig bortfall av kritisk infrastruktur som straum, vatn, IKT og legemidlar.	Helse Bergen gjer ROS-analysar og evaluerer alle hendingar med bortfall av kritisk infrastruktur og følgjer opp med iverksetting av risikoreduserande tiltak.

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		Gjennomføre tiltak som gjer at helseføretaka er klare for å implementere ny sikkerheitslov når lova trer i kraft.	Helse Bergen venter på forskrifter til ny sikkerheitslov som skal komme på høyring i juni 2018.
Til Helse Bergen HF		Sørgje for medikament, utstyr og opplært og trenar personell til Emergency Medical Team (EMT).	Kirurgisk serviceklinikk har gjennomført seleksjon av personell frå Helse Bergen for deltaking i NOR-EMT. Helse Bergen har også avgitt dette personellet i samband med sikkerheitskurs og nasjonale verifikasjonsøvelser. Når det gjeld medikamenter og personleg utstyr, er dette noe Direktoratet for safunnssikkerhet og beredskap og Helsedirektoratet har ansvar for.
		Medverke til å utarbeide rutinar og prosedyrar som kan bli nytta av Emergency Medical Team, inkludert deltaking i arbeidet med å utarbeide ein mekanisme (system) som kan bli nytta ved hendingar med mange brannskadde.	Kirurgisk serviceklinikk har avgitt ressurser til nasjonal arbeidsgruppe som har utarbeidd planar for seleksjon av EMT-personell, medisinsk-operative prosedyrar og verifikasjonsøvelse for NOR-EMT.
4.2.3 Til Helse Stavanger HF og Helse Førde HF	Driftsavtale for dei nye redningshelikoptra	inngå avtale med Forsvaret som sikrar legebemannning i redningshelikoptertenesta, samt avtalar om leveranse og etterfylling av medisinsk forbruksmateriell.	

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
4.2.4	Avtale- spesialistar	Delta i planlegginga og iverksettinga av konkrete pilotprosjekt der avtalespesialistane vurderer og tildeler pasientrettar. Det skal gjennomførast pilotar basert på alle dei tre skisserte modellane i leveranse frå dei regionale helseføretaka til Helse- og omsorgsdepartementet av 15. november 2017. Desse modellane representerer ulike løysingsmetodar som kan supplere kvarandre i ei fast ordning. Arbeidet må følgje ein tidsplan som overheld målet om at avtalespesialistane har både rett og plikt til å tildele pasientrettar innan utgangen av stortingsperioden. Helse Vest vil i eige brev til aktuelle helseføretak gi nærare rammer for dette arbeidet.	Helse Bergen har ikkje fått brev om å bidra i eit slikt pilotprosjekt.
		Ha inngått samarbeidsavtale med alle avtalespesialistar, og skal i løpet av 2018 også inngå samarbeidsavtale med alle nye spesialistar som har fått avtaleheimel lokalisert til helseføretaksområdet.	Det er inngått avtaler med dei aller fleste aktuelle avtalespesialistane i vårt opptaksområde. Dei få som manglar (færre enn 5) skal kontaktast på nytt for å avklare om dei ønskjer å inngå avtale. Helse Bergen vil kontakte Helse Vest RHF for å avklare kva tiltak som skal settast i verk overfor dei avtalespesialistane som ikkje vil inngå samarbeidsavtale.
		Delta i utviklingsarbeidet knytt til å utvide ISF-ordninga for avtalespesialistar (legar). Dei regionale helseføretaka, ved Helse Vest RHF, skal innan	Oppfølging av Helse Vest RHF.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		utgangen av mars 2018 levere eit forslag til løysing som kan setjast i verk frå 2019.	
4.2.5	Oppfølging av Riks-revisjonen si undersøking	Sørgje for at alle medarbeidarar og leiarar registrerer bierverva sine i biervervsmodulen, og at alle bierverv som blir registrerte, blir fortløpande behandla av nærmaste leiar. Det er ein føresetnad at bierverv skal avgrensast mest mogleg. Det kan være aktuelt å revidere felles regionale retningslinjer og rettleiarar for bierverv. Helseføretaka blir bedt om å delta i dette arbeidet.	Arbeidet med bierverv er eit kontinuerleg arbeid. Helse Bergen har hatt kampanje på intranett i april/mai 2018 kor personal- og organisasjonsdirektør og føretakstillitsvald for Legeforeninga har oppmoda både medarbeidarar og leiarar til å registrere bierverv. Artikkelen tar utgangspunkt i rapport frå Riksrevisjonen 2017 – 2018. Bierverv blir handtert i samsvar med styringsoppdrag, gjeldande retningslinjer og utsegn frå Sivilombudsmannen og påfølgande presiseringar frå Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 og 2008.
4.2.8 <i>Til Helse Bergen HF</i>	Proton-senter	Melde tilbake innan 1. mars 2018 om føretaket ønskjer å forskottere prosjektet, og ev. kva for tidsplan det da vert lagt opp til. Forslag om å forskottere føreset at låneramme og konsept er styrebehandla.	Styret i Helse Bergen vedtok i styresak 24/18 «Protonsenter-prosjektorganisering og finansiering» forskottering av protonsenters i Helse Bergen.
		Vidareføre planlegging av protonsenters i Helse Bergen og bidra til at dette blir samordna med tilsvarande prosjekt i Oslo	Helse Bergen har tett samarbeid med Helse Sør-Øst og Sykehusbygg HF i planlegginga av protonsenters.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2018	Rapportering
		Delta i vidareføringa av samarbeidsprosjektet mellom dei regionale helseføretaka basert på dei nye avklaringane	Helse Bergen deltek i samarbeidsprosjektet mellom dei regionale helseføretaka.
6 Økonomiske krav og rammer			
6.1	Kostnader på pasientnivå	Bidra i arbeidet med å utarbeide ein framdriftsplan for Helse- og omsorgsdepartementet for korleis KPP skal nyttast for å understøtte forbetnings- og planarbeid, både på regionalt nivå og i kvart enkelt helseføretak. Framdriftsplanen skal ha eit tidsperspektiv fram til og med 2021, og skal leggjast fram for Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. november 2018.	<p>I Helse Bergen blir modellen brukt til å kvalitetssikre KPP-leveransen. For å kunne bruke modellen i forbetnings- og planarbeid, er det viktig at modellen speglar kompleksiteten i sjukehusdrift. Vi arbeider målretta med dette. Det er ei liste over nødvendige forbetningar som må på plass før neste års leveranse der nokon er lokale (til dømes gjennomgang av alle operasjonsstover, registrering av tidsbruk og aktivitet), andre krev vidareutvikling av modellen (til dømes å lage eiga tenestegruppe for forbruksmateriell og få moglegheit til å avstemme kostnader på avdelingsnivå).</p> <p>Andre område krev endå meir koordinering (som til dømes LAB-data).</p> <p>Helse Vest har ein felles KPP-modell og framdriftsplan og ambisjonsnivå vil delvis avhenge av korleis KPP blir prioritert regionalt.</p>
		Leggje til rette for og implementere KPP-modellar for den polikliniske aktiviteten innanfor psykisk helsevern og TSB i alle helseføretak med sikte på rapportering av slike data frå 2019.	<p>Helse Bergen har vore pilot for KPP innan psykisk helsevern og TSB og leverte KPP for 2016. Etter planen skal 2017-data leverast 1. oktober 2018.</p> <p>Arbeidet framover vil vere å forbetre modellen, dele erfaringar og samarbeide med dei andre HFa i regionen for å få ein felles psykiatri- og TSB-modell i Helse Vest.</p>

