

2. 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
 Styresak 60/18 - 1. tertialrapport overordna risikovurdering av utvalde styringsmål i 2018
 Styresak 91/18 - rapport frå verksemda august 2018
[Styringsdokumentet 2018](#)

Helse Bergen skal årleg gjennomføre risikovurdering av minimum 4 overordna styringsmål som skal følgjast særskild opp gjennom året.¹ Styret i Helse Vest RHF vedtok i styresak 125/17 fire felles mål med delmål for risikostyring i 2018. 1. tertialrapport blei lagt fram for styret i Helse Bergen i mai 2018 (styresak 60-18)².

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 sett i verk i helseføretaka så snart dei blir overlevert frå prosjekt til linje.

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

Status styringsmål 1, delmål 1

Frå januar 2018 har 80 journalar systematisk blitt gjennomgått kvar månad og arbeidet med å sørge for at læringsmomenta blir følgt opp fortset.

Det er viktig at det blir utarbeidd ein strategi for vidareføring av innsatsområda i programmet etter 2018. Dette arbeidet er i gang, det var møte med Program for pasienttryggleik i Helse Vest i juni og formøte med nokre nivå 2- leiarar. 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- leiarmøter og gjennomgått med linjeleiinga. På nivå 2/3- leiarmøta er pasienttryggleik fast på agendaen ved at administrerande direktør inviterer dei kliniske einingane til å presentere dei gode historiene som ein kan lære av på tvers. Innsatsområda vert følgt opp i varierende grad i nivå 2- einingane. Stab tilbyr oppfølging

¹ [Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest](#)

² [1 tertialrapport risikovurdering av utvalde styringsmål 2018](#)

og det blir arbeidd kontinuerleg med å forbetre rapportane. Presise rapportar har stor tyding for dei enkelte einingane si oppfølging av innsatsområda. 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 ei jamn stiging på føretaksnivå. Det vil bli gjennomført mini audit på Trygg Pleie i oktober og november 2018 ved seks einingar. Trygg kirurgi ligg mellom 80-95 prosent i dei aktuelle nivå 2- einingane. Det blei gjennomført mini audit innan «Trygg kirurgi» i november 2017. Rapporten er gjort kjent for einingane som var inkludert og han er tatt opp i fagdirektørmøtet. Funn blir følgt opp og det blir sett i verk tiltak for å sikre kvaliteten i registreringane. Einingane får tilbod om støtte frå pasienttryggleikskoordinator og det blir jamleg publisert nyheitssaker om programmet. I pasienttryggleiksvisittane etterspør ein blant anna bruk av kartleggingskjemaet Trygg pleie, oppfølging av pasientar med risiko for fall, trykksår og ernæringsmessig risiko og bruk av risikotavlemøter.

Status styringsmål 1, delmål 2

Det er stor merksemd på å publisere, gjere kjent og setje i verk dei nye innsatsområda i programmet. Det er eit stort arbeid med innføring av «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand» som skal setjast i verk i alle somatiske einingar for vaksne i sjukehuset. Det er stort tverrfagleg engasjement i arbeidsgruppa og i september 2018 starta piloten. Innsatsområdet «Førebygging og behandling av underernæring» er etablert ved piloteininga og det pågår arbeid for å setje det i verk i resten av føretaket. Ved iverksetjing av innsatsområda er det ein suksessfaktor at det blir ei felles tverrfagleg tilnærming til pasientane. Innsatsområdet «Leiing av pasienttryggleik» vart sett i gang i 2017. Det blei arrangert to regionale leiarkurs i 2017 og eitt i 2018. I mai 2018 starta administrerande direktør med pasienttryggleiksvisittar. Så langt er det gjennomført tre visittar og det er laga ein plan for pasienttryggleiksvisittar i alle nivå 2- einingane.

Innsatsområdet Legemiddelsamstemming blir det fortsatt arbeidd med å setje i verk i føretaket. Det regionale prosjektet blei ikkje gjennomført som planlagt. Ei av årsakene 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, dette betyr likevel ikkje at det er ein etablert del av dagleg praksis i alle einingar.

Tiltakspakke styringsmål 1

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

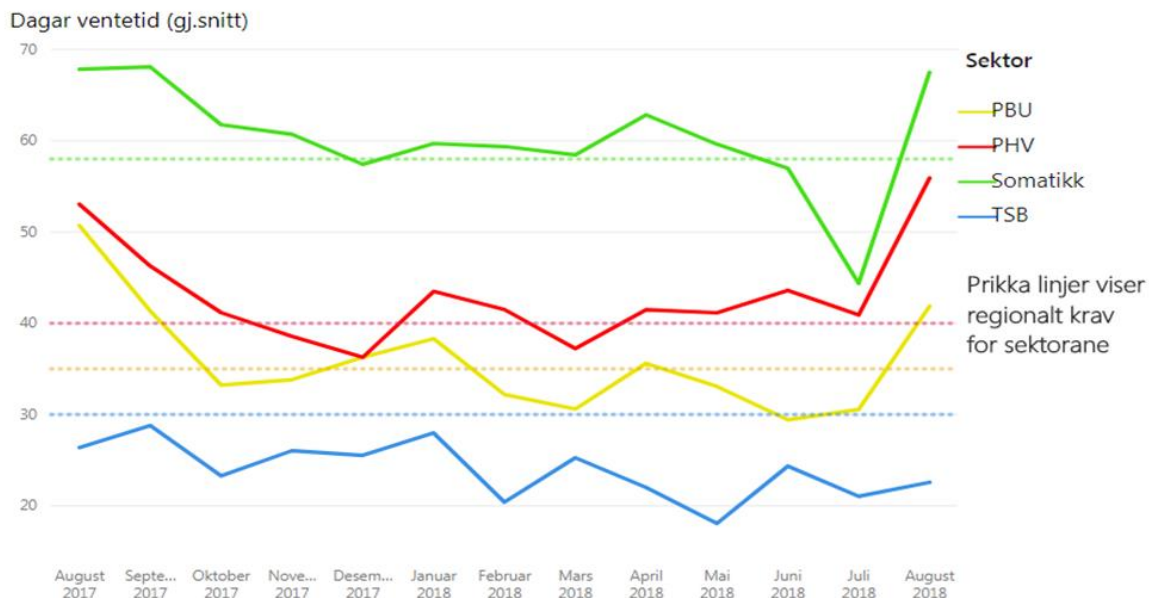
Tiltak	Tiltaksansvarleg
1. Implementering og oppfølging av tiltak og resultat frå innsatsområda i pasienttryggleiksprogrammet	Nivå 2/Nivå 3 og lokale KPU
2. Styrkje samarbeidet mellom regionalt datavarehus og pasienttryggleikskoordinator	FoU-avdelinga, seksjon for pasienttryggleik Fagdirektør
3. Oppfølging av ny verksemdsrapport	FoU-avdelinga, seksjon for pasienttryggleik, / Pasienttryggleikskoordinator
4. Følgje opp kommunikasjonsplan ✓ Kontinuerleg kommunikasjon mellom pasienttryggleikskoordinator og nivå 2 ✓ Jamn publisering av nyheitssaker	Pasienttryggleikskoordinator/Nivå 2
5. Oppfølging, rettleiing og undervisning til dei kliniske einingane. Nokre store einingar vil få ekstra oppfølging. Tverrfagleg operasjonalisering av tiltaka i einingane.	Pasienttryggleikskoordinator/Nivå 3
6. Oppfølging og rettleiing av resultat frå ForBedring	Nivå 2/nivå 3 og stabseiningane
7. Forbetre organisering av pasienttryggleiksarbeidet med sentrale og lokale kvalitets- og pasienttryggleiksutval	FoU avdelinga, seksjon for pasienttryggleik, Nivå2
8. Gjennomføre og følgje opp pasienttryggleiksvisittar	FoU avdelinga, seksjon for pasienttryggleik, Adm/viseadm. direktør

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 innan somatikk 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 på mange område redusert ytterlegare sidan 2017. Det viser mellom anna føretakets resultat for dei nasjonale kvalitetsindikatorane som i all hovudsak er gode. Sjølv om ventetidene er tett på dei regionale og nasjonale krava, blir dei berre innfridd i nokre av månadene hittil i år jmfør grafane under. Oppgangen i ventetid for august er etterverknad av sommarferieavvikling, og skjer tilnærma kvart år.



Utvikling i gjennomsnittleg ventetid for pasientar som har fann starta heisenjeip. Alle jagomrade.

Nasjonale faglege retningslinjer og alle nasjonale pakkeforløp for kreft er sett i verk i føretaket. Det gjeld også andre lokale standardiserte pasientforløp for ulike fagfelt. Samstundes blir det pt. arbeid med innføring av meir enn 60 standardiserte pasientforløp, som ein del av den satsinga føretaket har på dette området. Dette inkluderer nye nasjonale pakkeforløp som er komne eller er venta å kome i 2018.

Det er starta eit 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 er sett i verk, og det blir arbeid med korleis ein kan planlegge og drifte operasjonsstovene på best mogleg vis med seksjonsvise forbetningsprosjekt.

Risikoelement for styringsmål 2, delmål 1, 2 og 3	1. tertial	2.tertial
2.1A. Faglege retningslinjer og beskriving av dei standardiserte pasientforløpa er ikkje gjort kjent for dei tilsette, og finst ikkje lett tilgjengeleg	S: 1 K: 3	S: 1 K: 3
2.1B. Standardiserte pasientforløp vert ikkje fortløpande monitorert mtp. måloppnåing (ref. m.a. pakkeforløp for kreft).	S: 2 K: 3	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	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	S: 1 K: 2
2.2B. Tal på ventetider og kvalitet for egne einingar vert ikkje	S: 1 K: 2	S: 1 K: 2

fortløpande monitorert og ikkje gjort kjent i organisasjonen		
2.2C. Einingane med høg ventetid vert ikkje følgt opp av det lokale <i>Alle møter</i> - prosjektet med tanke på tiltak for å betre på forholda	S: 1 K: 3	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	S: 1 K: 3
2.3A. Einingane i sjukehuset opplever at tiltaka i <i>Alle møter</i> - prosjektet ikkje betrar tilhøva for planlegging og koordinering av tenestar i føretaket	S:2 K:3	S:2 K:3
2.3B. Pasientane opplever at dei ikkje får rask vurdering av tilvising og tildelt time, i tillegg til er ikkje det vidare forløpet godt koordinert	S:2 K:3	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	S:1 K:3

Status styringsmål 2, delmål 1

Faglege retningslinjer vert fortløpande gjort kjent i organisasjonen og er tilgjengeleg på Helsedirektoratet sine sider. Når det gjeld standardiserte pasientforløp vert òg desse gjort kjent for dei tilsette. Nokre finst lett tilgjengeleg, mens andre er meir vanskeleg å få fatt i. Pågåande aktivitetar som vil betre situasjonen er prosjektet knytt til styrande dokumentasjon i føretaket, men òg arbeidet med å presentere standardiserte pasientforløp i Elektronisk kvalitetshandbok (EK) og på føretaket sitt intranett.

Vi får månadlege data frå Norsk pasientregister (NPR), som syner i kor stor grad vi oppnår målsettingane for pakkeforløp for kreft. Tala vert distribuert til alle dei kliniske einingane, rapportert til styret og gjennomgått på nivå 2/3- møte i føretaket. Andre standardiserte pasientforløp vert målt meir på ad-hoc basis pt. Som del av føretakets satsing på pasientforløp vert 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 er i sluttfasen med å få på plass tilgangsstyring til systemet. Det er venta at eSP kan takast i bruk i oktober.

Det er utpekt forløpseigarar og -ansvarlege for alle pakkeforløp. Det same gjeld òg for kvart standardiserte pasientforløp som er gjort kjent i organisasjonen. Oversikt finst på eigen stad på føretakets intranett. Det kan likevel vere ei utfordring knytt til om forløpseigarane og dei -ansvarlege følgjer opp det ansvaret dei har knytt til 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 vert òg presentert tertialvis på nivå 2/3- møte og for styret, men er ikkje lett tilgjengelege og gjort kjent for dei tilsette i føretaket. Det vert jobba med betre visningar for desse tala. Det er mellom anna utarbeidd ein ny webrapport som syner liggetidene for ulike pasientgrupper ved ulike sjukehus i landet, slik at den enkelte eining kan samanlikne seg med andre sjukehus.

Tal på ventetider for eigne einingar vert fortløpande monitorert og gjort kjent i organisasjonen gjennom styringsportalen til Helse Vest, i eigne webrapportar og i tillegg på nivå 2/3- møte. Det same gjeld òg for enkelte kvalitetsindikatorar. Føretakets måloppnåing for gjennomsnittleg ventetid for dei ulike sektorane, varierer frå månad til månad. Nokre einingar innfrir krava, mens andre har lengre ventetid. Nokre av einingane med høg ventetid vil bli følgt opp gjennom delprosjektet Optimal timetildeling i haust, som er ein del av 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 der pasientane ikkje møter. Det er eit resultat av ulike tiltak og gjev ein meir føreseieleg kvardag for dei tilsette. Det gjev òg rom for å behandle fleire pasientar utan auke i personell. Betre verktøy for å planleggje arbeidsoppgåver bidreg til betre høve for 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 hatt stabile tal knytt til gjennomsnittleg vurderingstid dei siste 12 månadene, på 3,6 dagar. 83 prosent av pasientane fekk tildelt time innan 10 dagar dei siste 12 månadene. Det er likevel rom for å betre praksisen ytterlegare, 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 fire år sidan. I løpet av dei 12 siste månadene var det 5,5 prosent av pasientane som ikkje møtte til time. Dette er litt høgare enn for dei tre første månadene av 2018, men i 2013 (før Alle møter- prosjektet blei starta opp) var det 6,9 prosent 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 utvikle ytterlegare funksjonalitet for Vestlandspasienten.no slik at pasientane vil få meir og betre informasjon, og bli meir sjølvhjelpne. Pilotering av delprosjektet Mitt timeval vil mellom anna gje pasienten større medverknad i val av tidspunkt for time. Andre delprosjekt vil leggje til rette for at det blir lettare å finne fram på sjukehuset og etablere sjølvbetjenings-løysingar for pasientane når det gjeld registrering av oppmøte og betaling for konsultasjon.

Tiltakspakke styringsmål 2

Det blir vist til punkt 3.1 i Styringsdokumentet 2018 Helse Bergen HF³, og avdelingsvise styringsdokument om pasientforløp og prosess.⁴

Tiltak delmål 1, 2 og 3	Tiltaksansvarleg
1. Sikre at oversikt over forløpseigarar og -ansvarlege fortløpande blir halde oppdatert, og at informasjonen finst i EK og på føretakets intranett.	FoU-avdelinga, Seksjon for helsetenesteutvikling følgjer 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 følgjer dette opp 1-2 gonger per år.
3. Leggje 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</i> - prosjektet har ansvar for å følgje opp dette
6. Følgje opp og støtte dei einingane som har låg skår ift. tilsvarande einingar ved andre regionssjukehus for å betre på tilhøva.	Føretaksleiinga i samarbeid med FoU-avdelinga
7. Einingar med vesentleg potensial for betring av praksis knytt til rask vurdering av tilvising og tildelt time blir følgt opp.	Det lokale <i>Alle møter</i> - prosjektet har ansvar for å følgje opp dette

Styringsmål 3

HMS er ein sjølvsgt del av arbeidsdagen.

- Delmål 1. HMS-strategi for føretaksgruppa Helse Vest er forankra og kjend for alle leiarar og medarbeidarar, og tiltak for å førebyggje 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 uønskete hendingar, vald og truslar mot tilsette er kjent for alle leiarar og medarbeidarar.
- Delmål 3. Talet på tilsetteskadar er redusert.

Delmål 2 er ein føresetnad for delmål 3 og i prosessen med risikovurdering 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 òg forvente ein auke i melde 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 førebyggje at liknande hendingar gjentek 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	S:1 K:1
3.1B Medarbeidarar og leiarar er ikkje kjent med «HMS-strategi for føretaksgruppa i HV» og HMS-måla for Helse Bergen	S:1 K:1	S:1 K:1
3.1C Manglande vidareutvikling og iverksetjing av systematisk førebygging av vald og truslar – særskilt innan somatikk	S: 2 K: 3	S: 2 K: 3
3.2/3A Det er ikkje openheit i føretaket om å melde uønskete hendingar	S:2 K:4	S:2 K:4
3.2/3B Medarbeidarar og leiarar nyttar ikkje uønskete hendingar til forbetring og læring	S:3 K:4	S:3 K:4
3.2/3C Medarbeidarar og leiarar er ikkje trygge på kva som skal meldast som uønskete hendingar, herunder vald og truslar mot tilsette og tilsetteskadar	S:3 K:4	S:3 K:4
3.2/3D Tilsetteskadar og uønskete hendingar, vald og truslar mot tilsette blir ikkje nytta til læring i føretaket	S:3 K: 2	S:3 K: 2

Status styringsmål 3, delmål 1

HMS- strategien til Helse Vest er integrert i HUS sitt HMS-arbeid. Det blir arbeidd med å få til tettare samarbeid/integrering mellom det systematiske pasienttryggleiksarbeidet og det systematiske HMS-arbeidet. Resultata frå ForBetringsundersøkinga blir nytta i vidare utviklings-/forbetringsarbeid. Det pågår utviklingsarbeid innan fleire område der pasienttryggleik og HMS- arbeid blir sett på i samanheng; døme på dette er rapporteringsrutinar, revisjonsarbeid og verktøy for risikovurderingar.

HMS-måla er lagt inn i HMS-handboka og er linka til i ny mal for forbetringsplan. Måla blir formidla i undervisning, blant anna HMS-leiarkurs og verneombodskurs. Arbeidet med å vidareutvikle og setje i verk 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. Planen understøttar nye krav relatert til vald og truslar i dei reviderte forskrifter gjeldande frå 1.1.2017. Fleire einingar med høg risiko har gjennomført opplæring. Opplæringa har fått gode tilbakemeldingar og fleire einingar vil få tilbod om opplæring.

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 temaet er forventinga at uønskete hendingar skal meldast. Erfaring tilseier at det er ei viss underrapportering av uønskete hendingar. Det er ulik terskel i einingane for kva ein melder når det gjeld tilsetteskadar, vald og truslar mot tilsette. HUS 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-medlemmer, 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 einkilde einingar. Det er fortsatt utfordringar knytt til det å ta ut rapportar frå Synergi. E-læringskurs og rettleiing til den nye versjonen av Synergi er på plass. Ny organisering av kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet skal bidra til å styrkje arbeidet med uønskete hendingar.

Vi ser behov for opplæringstiltak for å auke kvaliteten på saksbehandlinga, det er derfor planlagt kurs for alle saksbehandlarane hausten 2018. I tillegg skal ein gjennomgå forvaltninga av Synergi for å revidere ansvarskart og avklare roller.

Å hindre at medarbeidarar blir utsett for stikk, sprut og kuttskade («stikkskade») med fare for smitte, er viktig for å hindre tilsettskade. I tillegg til uønskete hendingar relatert til vald og truslar er «stikkskadar» den kategorien tilsett-hendingar som det tradisjonelt er blitt registrert flest av ved HUS. Stikkande/skjerande utstyr som kan forårsake skade eller infeksjon frå biologiske faktorar er i stor grad blitt bytta ut med utstyr som har beskyttelsesmekanisme, der slikt utstyr er eigna for formålet.

Tiltakspakke for styringsmål 3

Det blir vist 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
Setje i verk nye satsingar for læring på tvers av uønskete hendingar– ny organisering av KPU i tillegg til nettside	Føretaksleiinga/nivå 2/3 Stab

for læringsaker	
Kurs for saksbehandlarane hausten 2018	FoU- avdelinga
Følgje opp ForBetringsundersøkinga med handlingsplanar for forbetring	Nivå 2/3
Følgje opp Indikatorutvikling meldekultur og kvalitet på saksbehandling	FoU/PO
Prioritere ressursar både til planlegging og gjennomføring av arbeidet med vald og truslar om vald	PO Nivå 2/3

Styringsmål 4

Det er høgare vekst i kvart einskild 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 vekst i aktivitet (i polikliniske konsultasjonar) innan psykisk helsevern og rus enn innan somatikk.

Det blir vist til vurdering av styringsmål 4 i [siste verksemdrapport for august 2018](#). Når det gjeld måloppnåing av «den gylne regel», her målt som aktivitet og ventetid, ser det ut til at føretaket innfrir kravet om at relativ vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling skal auke meir enn for somatisk sektor. Styringsmålet ber preg av å vere eit langsiktig arbeid og effekt av nokre tiltak vil ein først sjå i 2019. I vurderinga av måloppnåing er ikkje aktivitetstal frå private avtalespesialistar tatt med.

Status styringsmål 4, delmål 1

Føretaket har budsjettert med høgare vekst innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk. Per august 2018 syner utviklinga at ein for tverrfagleg spesialisert rusbehandling hatt ein lågare vekst enn budsjettert. Dette er i stor grad knytt til lågare kostnader for gjestepasientar og fritt behandlingsval innan rusområdet.

Område	Endring %
Somatikk	3,93 %
Rusomsorg	3,15 %
Psykisk helsevern, sum	4,83 %
<i>Psykisk helsevern, vaksne</i>	<i>5,20 %</i>
<i>Psykisk helsevern, barn og unge</i>	<i>3,35 %</i>

Føresetnaden for å oppnå delmål 1 er knytt til budsjettbalanse i somatikk.

Status styringsmål 4, delmål 3

Delmålet om ventetid er oppfylt. Det er kortare ventetider innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling enn innan somatikk.

Ventetid for ordinært avvikla pasientar (gjennomsnitt i perioden)	Regionalt krav	Hittil per august 2017	Hittil per august 2018
Somatikk	58	60	59
Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	30	26	21
Psykisk helsevern for vaksne (PHV)	40	45	46
Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)	35	45	34

Kjelde er Helse Vest Styringsportalen, den 17.september. Pasientar som har starta helsehjelp i perioden

Status styringsmål 4, delmål 4

Polikliniske konsultasjonar (med rett til refusjon) aukar meir i somatikk enn i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Tala gjeld pasientar som er behandla i føretaket og det er ikkje nytta tal for opptaksområdet. Ein stor del av auken i somatikk er knytt til omlegging frå døgn til poliklinikk og rett bruk av permisjonsreglar for innlagde pasientar. Divisjon psykisk helsevern har redusert senger maksimalt og tatt ut potensialet i å auke poliklinikk på denne måten.

Polikliniske konsultasjonar	Hittil per august 2017	Hittil per august 2018	Endring Prosent
Somatisk sektor	312 030	341 820	9,5
Tverrfagleg spesialisert behandling (TSB)	37 282	42 886	15
Psykisk helsevern for voksne (PHV)	57 098	59 418	4,1
Psykisk helsevern for barn og unge (PBU)	39 424	38 666	-1,9

Føresetnaden for å oppnå delmål 4 er knytt til at omlegging frå døgn til poliklinikk i somatikken blir halden utanfor vurderinga (dette er ei ønskt omstilling).

Tiltak delmål 1	Tiltaksansvarleg
Kontinuerleg oppfølging av budsjett og følgjande tiltak: <ul style="list-style-type: none">• Leggjje vekt på optimal bruk av personellressursar, oppstartstidspunkt, dag-til-dag-styring, rett kompetanse, fleksibilitet• god bruk av daglege kapasitetsmøte for å utnytte sengekapasiteten på tvers i sjukehuset• hjelp til endring i arbeidsprosessar ved innføring av nye IKT-verktøy, for å hente potensielle gevinstar• Leggjje vekt på utfasing av gammalt utstyr og metode ved nyinvestering og nye metodar• Leggjje vekt på innkjøpsområdet	Nivå 2 Føretaksleiinga
Tiltak delmål 1, 3 og 4	Tiltaksansvarleg
Foreslåtte tiltak for å styrke behandlingstilbodet til pasientar innan psykisk helsevern: <ul style="list-style-type: none">• Utprøving av modell «Sjå alle»• Utvide behandlingsskapasitet på angstlidingar(OCD)• Etablere mottaks- og utgreiingsteam ved Kronstad DPS• Setje i verk pakkeforløp psykisk helsevern og rus <p>Tiltaka blir prøvd ut og ein kan først forvente effekt i 2019</p>	Divisjon psykisk helsevern Divisjon psykisk helsevern og Avdeling for rusmedisin

Konklusjon

I tråd med «Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest», vil det bli gjort ei oppsummering av måloppnåing ved årsslutt. Styret vert orientert.