

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Fonna HF

DATO: 12.06.17
SAKSHANDSAMAR: Olav Klausen
SAKA GJELD: **Rapportering styringsdokument**

STYRESAK: 51/17

STYREMØTE: 19.06.17
1 vedlegg

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Fonna HF tar rapportering på styringsdokumentet for første halvår 2017 til orientering.

Matrise for halvårleg rapportering til Helse Vest RHF på utvalte mål i styringsdokumentet 2017.

Rapport sendast i **word-format** til postmottak i Helse Vest RHF (helse@helse-vest.no) innan 15. juni 2017

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
3 Helsefaglege styringsmål			
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga			
		<p>Gjennomsnittleg ventetid til start av helsehjelp skal reduserast i alle helseføretak i forhold til 2016. Krav til ventetider for behandla pasientar skal i 2017 vere:</p> <ul style="list-style-type: none"> o BUP: under 35 dagar o TSB: under 35 dagar o VOP: under 40 dagar o Somatikk: under 60 dagar <p>Kravet gjeld gjennomsnittstal for kvar kalendermånad.</p>	<p>Ventetid for der helsehjelpa er starta er for somatikk 57 dagar i 2017, til samanlikning var ventetida 59 dagar i heile 2016. Tilsvarende tal for VOP er 36 dagar i 2017 (35 dagar i 2016), BUP 50 dagar (48 dagar i 2016) og TSB 25 dagar (33 dagar i 2016). Helse Fonna har god måloppnåing når det gjeld ventetid. Unntaket er BUP, der Helse Fonna ikkje når det regionale målkrevet. Ein har over lengre hatt tiltak for å sikre god utnytting av spesialisthelsetenesteressursane med god planlegging, prioritering i tråd med prioriteringsretteleiarar, samarbeid på tvers av sjukehusa og bruke private leverandørar.</p>
		<p>Det skal ikkje vere nokon fristbrot</p>	<p>I 2017 har det vore fristbrot hjå 4% av pasientane som har starta behandling i Helse Fonna. Mange tiltak er iverksette, til dømes større bruk av private leverandørar, lengre planleggingshorisont, førebuing av felles mottak og vurdering av tilvisingar innan fleire fagområde. Komande fristbrot blir melde til HELFO.</p>
		<p>Prosentdelen nye kreftpasientar som inngår i eit pakkeforløp, skal vere på minst 70 prosent.</p>	<p>Helse Fonna har god måloppnåing på dette styringskravet. I 2017 (januar til april) inngjekk 84 % av nye kreftpasientar i eit pakkeforløp. Ein har hatt gjennomgang rapportar på nye kreftpasientar som ikkje har gått inn i pakkeforløp for å finne forbedringspunkt, som har til dømes vore tiltak for å betre tilvisingar, tiltak for å sikre «rett melding» til koordinator på tvers av sjukehusa, lett tilgjengeleg informasjon om koordinator for ulike forløp.</p>

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		<p>Prosentdelen pakkeforløp for kreftpasientar som er gjennomført innan den definerte standard forløpstida uavhengig av type pakkeforløp, skal vere på minst 70 prosent. Det regionale prosjektet vil bli vidareført i 2017.</p>	<p>71% av pasientane er gjennomført innan standard forløpstid i Helse Fonna, best måloppnåing for dei som får kirurgisk behandling (74%) og dårlegast for dei som får strålebehandling (61%). Helse Fonna er avhengig av å tilvise pasientar til Bergen eller Stvanager for strålebehandling. Planlegging av tilstrekkeleg utgreiingskapasitet og samarbeid på tvers av føretaka er døme på viktige tiltak for å oppfylle styringskravet.</p>
		<p>Variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnytting mellom sjukehusa, jf. andre oppgåver, skal reduserast.</p>	<p>Det er samarbeid mellom sjukehusa for å sikre god kapasitetsutnytting, og spesielt samarbeider ein ved kapasitetsutfordringar. Det er planlagt pilot for felles mottak og vurdering av tilvisingar innan eit fagområde (felles for Stord og Haugesund sjukehus). Eit anna døme er avtalt pasientflyt innan generell kirurgi som sikrar god kapasitetsutnytting.</p>
<p>Andre oppgåver i 2017</p>		<p>Implementere pakkeforløp for hjerneslag.</p>	<p>22.05.2017 blei det frå helsedirektoratet sendt ut informasjon om prosessen med å implementere pakkeforløp for hjerneslag. De nasjonale retningslinjene er under revidering og sendt ut til høyring i april 2017. Innføringa av de nye retningslinjene og implementering av pakkeforløpet er planlagt frå september 2017.</p>
		<p>Leggje følgjande indikatorar til grunn for vidare arbeid med å redusere forskjellar i kapasitetsutnytting og effektivitet på tvers av sjukehus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prosentdel og tal på pasientkontaktar, for nyttilviste og pasientar i eit forløp, der planlagd dato er passert på rapporteringstidspunktet. ○ Prosentdel pasientar som ein har vurdert at ikkje har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta. ○ Prosentdel nyttilviste i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosentdel og tal på pasientkontaktar, for nyttilviste og pasientar i eit forløp, der planlagd dato er passert på rapporteringstidspunktet. = 11% • Prosentdel pasientar som ein har vurdert at ikkje har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta = 9% frå 1.1.-29.5 2017 • Prosentdel nyttilviste i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet. = 17% frå 1.1.-29.5 2017 • Prosentdel kontrollar i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet. = 20% frå 1.1.-29.5 2017

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		<p>totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prosentdel kontrollar i spesialisthelsetenesta, sett opp mot det totale talet på polikliniske konsultasjonar innanfor fagområdet. ○ Prosentdel polikliniske konsultasjonar der aktivitet blir utført utanfor fast behandlingsstad. 	<p>Det er i føretaket utarbeidd styringsrapportar som synar fylgjande indikatorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fristbrot, både for dei ventande og dei behandla - Ventetidar; både for dei ventande og dei behandla - Tildeling av timar i 1.brev utan tentative listar - Tildeling av kontrolltimar innan 2 døgn etter 1.time - Prosentvis ny tilviste i forhold til kontrolltimar - Tid for vurdering av tilvising - Andel pasientar som ikkje møtar på poliklinikk - Andel replanlegging; der årsaka er føretaket <p>Desse indikatorane blir fulgt og diskutert kvar månad i rapporteringsmøtar mellom klinikkdirktør, seksjonsleiarar, funksjonsleiarar og seksjonssekretærar. Flaskehalsar blir identifisert og seksjonar vert samlikna. Tiltak som har vore iverksette for å få betre kontroll er innføring av avansert oppgåveplanlegging, timebøker, tverrfaglege samhandlingsmøtar, oppgåveglidning og ein gjennomgang av kva slags kontrollar som er nødvendige innan fagområda. Vi har ikkje rapportar for prosentdel pasientar som er vurdert ikkje har behov for helsehjelp og heller ikkje for polikliniske konsultasjonar der aktivitet blir utført utanfor fast behandlingsstad.</p>
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
		<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,</p>	<p>Helse Fonna HF har i årsbudsjett og langtidsbudsjett hatt fokus på å prioritere størst vekst innan psykisk helsevern og TSB. Styringssignal innan psykisk helsevern og TSB med prioritering av barn og unge, etablere DPS som nøkkelstruktur innan TSB samt vridning av aktivitet frå døgn til poliklinikk/ambulant har blitt følgt opp og lagt til grunn for all utvikling av verksemda. I den løypande styring av drift har ein hatt fokus på å effektivt</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		<p>legemiddel og pensjon skal synleggjerast, men haldast utanfor), årsverk (helseføretak og "private institusjonar med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjonar).</p>	<p>nytte eksisterande ressursar innan psykisk helsevern, TSB og somatikk samt effektivisere pasientflyt.</p> <p>Psykisk helsevern har hatt ein auke i døgnopphald på 2,9% frå 2016 til 2017 for årets 4 første månader. Innan somatikk har det vore ein nedgang på 15,3% i same periode. Når det gjeld poliklinisk og ambulant verksemd har ein lagt om finansieringsordning og metode for aktivitetsmåling innan psykisk helsevern og TSB frå 2016 til 2017. Utifrå talgrunnlag kan det ikkje konkluderast med om det har vore størst auke innan psykisk helsevern eller somatikk.</p> <p>Årsverk-veksten har vore størst innan somatikk med 0,2%, mens det innan psykisk helsevern og TSB har vore ein negativ årsverkvekst på -0,3%. Ser ein på reine kostnader stod Psykisk helsevern for 32% av dei totale kostandane i Helse Fonna HF i 2016. dette har auka til 32,3% i perioden januar-april 2017.</p> <p>Ventetidene for ventande innan Psykisk helsevern var 39 dagar for BUP, 33 dagar for Vaksne og 34 dagar for TSB i 1 tertial. For somatikk var ventetid ventande 52 dagar i same periode.</p> <p>Utifrå KPI-ar knytt til den Gylne regel ser det ut til at den Gylne Regel per 1 tertial 2017 er oppfylt i Helse Fonna HF når ein ser på totale kostander, ventetider og døgnopphald. Med omsyn til årsverk-vekst er Den Gylne Regel ikkje oppfylt.</p>
		<p>I samarbeid med kommunane skal talet på tvangsinnleggingar innan psykisk helsevern for vaksne per 1000 innbyggjarar reduserast i forhold til 2016.</p>	<p>Klinikk for psykisk helsevern utarbeidde i 2012 ein handlingsplan for redusert bruk av tvang. Denne er blitt årleg revidert. Tiltak i planen har medført ein nedgang i talet på tvangsinnleggelsar frå over 20% til rundt</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			<p>16%. Fleire av tiltaka omfattar samhandling med 1 linje tenesta og kunne tilby rask helsehjelp.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle DPS skal ha brukerstyrte senger. - Alle DPS skal ha tilbud om ØH-vurderinger i poliklinikk. - Ambulante tjenester til sårbare pasientgrupper skal videreutvikles. Etablering av FACT og ACT team - Gjennomsnittlig ventetid ved poliklinikker skal være innenfor Helse Vest sitt målkrav og sikre tidlig hjelp. - Tilbakemelding påfølgande virkedag til innleggande lege mhp resultat av paragrafvurdering - Faste møter mellom DPS og kommunehelsetenesta der bruk av tvang er fast tema på agendaen. <p>Utover dette har Klinikk for psykisk helsevern igangsatt fleire prosjekter med siktemål å redusere bruk av tvang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TUD-prosjekt. Redusere bruk av tvunget psykisk helsevern utanfor institusjon. - Transport av psykisk sjuke. Redusert bruk av Politi og tvang i psykisk helsevern
		<p>Redusere talet på pasientar i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst eitt tvangsmiddelvedtak, per 1000 innbyggjarar. Tal skal registrerast som grunnlag for å måle endring.</p>	<p>Klinikk for psykisk helsevern utarbeidde i 2012 ein handlingsplan for redusert bruk av tvang. Denne er blitt årleg revidert. Tiltak i planen har medført ein nedgang i andelen pasientar med minst 1 tvangstiltak frå 2015 til 2016. Konkrete tiltak retta inn mot redusert bruk av tvangsmiddel i klinikkens handlingsplan er:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbeiderne har tilfredsstillende kompetanse når det gjelder å forebygge bruk av tvang. <ul style="list-style-type: none"> - Alle ansatte i klinisk virksomhet skal innen fastsatt tid gjennomgå TERMA- opplæring.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			<ul style="list-style-type: none"> - Alle enheter som forvalter bruk av tvang, skal ha og følge rutiner for å gjennomgå egen tvangsbruk og for å vurdere alternativer til bruk av tvang. 2. Medarbeiderne har tilfredsstillende kompetanse i å sikre korrekt bruk av tvang. - Alle seksjoner skal årlig gjennomføre internundervisning om psykisk helsevernloven inklusive presentasjon og drøfting av etiske refleksjoner knyttet til bruk av tvang. - På klinikknivå skal det årlig gjennomføres en egen samling for vedtaksansvarlige spesialister, LIS-leger og psykologer i spesialisering, hvor fokus vil være bruk av tvang i psykisk helsevern inklusive etiske refleksjoner knyttet til dette. 3. Antall episoder med bruk av tvangsmidler reduseres årlig med 10 %. <p>Utover dette har klinikken igangsatt eige prosjekt knytta til Redusert bruk av tvang ved akuttposter med fokus på tvangsmidler.</p>
		<p>Sikre færrest mogleg avbrot i døgnbehandling med tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Tal skal registrerast som grunnlag for å måle endring.</p>	<p>Ungdomseininga ved KDPS er den einaste TSB døgn institusjonen i Helse Fonna HF. Registreringssystemet for avbrot i døgnbehandling er så langt ikkje gjort tilgjengeleg for helseforetaka. Dette er det meldt ifrå om. Lokalt vert det arbeidd aktivt med å unngå avbrot i døgnbehandling ved å gje god informasjon ved forvern/inntak og gjennom konkrete tiltak i pasienten sin behandlingsplan. Alle pasientar får tilbod om kriseplan. Avdelinga tek inn pasientar til re-innlegging og det vert samarbeidd tett med tilvisar/kommune. Så langt i 2017 har ein hatt 1 avbrot i døgnbehandling ved aktuell eining.</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
Andre oppgaver i 2017		<p>Inngå samarbeidsavtaler som omfattar kommunale helsetenester, kommunalt og statleg barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Samarbeidsavtalane skal sikre god og lett tilgjengeleg helsehjelp for barn og unge på barnevernsinstitusjonar, poliklinisk og ambulant, samt rettleiing til tilsette ved institusjonane. Helsedirektoratet og BUFdir skal utarbeide nasjonale føringar for innhald i avtalane. Føretaka må vurdere om noverande avtalar med BUF-etat kan utvidast til også å omfatte kommunale tenester.</p>	<p>Det er inngått overordna samarbeidsavtale med BUF etat samt lokale barnevernsinstitusjoner. Vidare er det utpeika barnevernansvarlege ved både BUP Stord og BUP Haugesund. Det vert gjennomført regelmessige samarbeidsmøter med kommunalt barnevern. Det er ikkje aktuelt å inkludere kommunalt barnevern i eksisterande avtaler med BUF etat. Samhandling med kommunalt barnevern må regulerast gjennom eksisterande samhandlingsavtaler med kommunane.</p>
		<p>Etablere ein barnevernsansvarleg i BUP i samsvar med tilrådingane frå Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet. Direktorata har fått i oppdrag å utarbeide ei kortfatta beskriving av og rutinar for ein slik funksjon i løpet av første halvår 2017.</p>	<p>Det er utpeika barnevernansvarlege ved både BUP Stord og BUP Haugesund.</p>
		<p>Registrere utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, samt utarbeide samarbeidsrutinar med kommunane for å førebu utskrivningar av desse pasientane, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunane tidlegast frå 2018.</p>	<p>Utskrivningsklare pasientar vert registrert ved alle einingar og Helse Fonnas samhandlingseining følgjer opp med statistikk/rapporter som vert sendt ut i foretaket og til kommunane. Samarbeidsrutiner knytta til utskrivning av utskrivningsklare pasientar vert regulert gjennom tenesteavtale for utskrivning.</p>

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		<p>Sikre at kvinner i LAR¹ får informasjon om LAR-behandling og graviditet, og tilbud om nedtrapping av LAR-medikament, samt tilgang til gratis langtidsverkande prevensjonsmiddel i regi av LAR.</p>	<p>Informasjon om LAR-behandling og graviditet vert gjeve til alle kvinner i LAR før oppstart av LAR-behandling samt ved familieplanlegging/graviditet. For brukarar som planlegg å bli gravide eller som er blitt gravide vert det lagt til rette for nedtrapping av LAR samt tett oppfølging i svangerskapet. Familieambulatoriet følgjer opp den gravide og hennar familie under svangerskap og etter fødsel.</p> <p>Dei fleste kvinner i LAR får i dag tilbud om fri prevensjon gjennom ulike kommunale ordningar/prosjekter. Dette er som regel del av kommunane sitt lavterkseltilbud. LAR Helse Fonna arbeider med å få på plass ordning som sikrer at alle kvinner får eit slikt tilbud.</p>
		<p>Levere komplette og kvalitetssikra data om tvangsinnleggingar, tvangsbehandling og bruk av tvangsmiddel for 2016 til NPR på det ordinære rapporteringstidspunktet. Sjå òg tidlegare krav om dette.</p>	<p>Klinikk for psykisk helsevern har delteke aktivt i arbeid på Helse Vest nivå med å utarbeide felles rutiner/prosedyrer for korrekt registrering av tvang. Disse er blitt implementert i klinikken.</p> <p>Vidare er korrekt registrering og dokumentasjoin av tvang eit av måla i Klinikken handlingsplan for Rett og redusert bruk av tvang. Tiltak i planen:</p> <p>A. Alle vedtaksansvarlige spesialister skal innan fastsatt tid etter tilsetning i klinikken eller etter oppnådd spesialistgodkjenning gjennomgå opplæring (obligatorisk!) i korrekt føring av tvangsprotokoller.</p> <p>B. Funksjonsleder i den enkelte aktuelle post/poliklinikk skal påse at alle tvangsprotokoller til enhver tid er utfylt.</p> <p>C. Alle vedtaksansvarlige spesialister skal innan fastsatt tid etter tilsetning i klinikken eller etter oppnådd spesialistgodkjenning gjennomgå opplæring (obligatorisk!) i korrekt registrering i DIPS av tvangsvedtak.</p> <p>D. Merkantilt personale i den enkelte aktuelle post/poliklinikk skal så</p>

¹ Legemiddellassistert rehabilitering

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			langt råd er, kontrollere at alle tvangsvedtak er korrekt registrert i DIPS og om nødvendig bistå den enkelte vedtaksansvarlige spesialist i slik registrering.
		Gjennomføre leiingsforankra dialogmøte med pasientar/brukarorganisasjonar om erfaringar med tvang i alle psykisk helseverneiningar der tvang blir nytta, som eit ledd i målet om å redusere bruken av tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.	Klinikk for psykisk helsevern har eit tett samarbeid med brukerråd og har ansatt eigne erfaringsmedarbeidere ved samtlege DPS. Det er lagt opp til å bruke brukerråd og erfaringsmedarbeidere i det vidare arbeidet med å redusere bruk av tvang. I første omgang vil ein få etablert dialogmøte oppimot klinikkens akuttposter. Dette er ein målsetning for siste del av 2017.
		Redusere bruk av tvang mellom anna gjennom å identifisere avdelingane med mest tvangsmiddelbruk, og setje inn tiltak for å redusere bruken av tvang på dei aktuelle avdelingane.	Klinikk for psykisk helsevern utarbeidde i 2012 ein handlingsplan for redusert bruk av tvang. Denne er blitt årleg revidert. Tiltak i planen har medført ein nedgang i andelen pasientar med minst 1 tvangstiltak frå 2015 til 2016 samt nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler. Konkrete tiltak retta inn mot redusert bruk av tvangsmiddel i klinikkens handlingsplan er: <ol style="list-style-type: none"> 1. Medarbeiderne har tilfredsstillende kompetanse når det gjelder å forebygge bruk av tvang. <ul style="list-style-type: none"> - Alle ansatte i klinisk virksomhet skal innen fastsatt tid gjennomgå TERMA- opplæring. - Alle enheter som forvalter bruk av tvang, skal ha og følge rutiner for å gjennomgå egen tvangsbruk og for å vurdere alternativer til bruk av tvang. 2. Medarbeiderne har tilfredsstillende kompetanse i å sikre korrekt bruk av tvang. <ul style="list-style-type: none"> - Alle seksjoner skal årlig gjennomføre internundervisning om

Referanse til kap. i styringsdokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			<p>psykisk helsevernloven inklusive presentasjon og drøfting av etiske refleksjoner knyttet til bruk av tvang.</p> <p>- På klinikknivå skal det årlig gjennomføres en egen samling for vedtaksansvarlige spesialister, LIS-leger og psykologer i spesialisering, hvor fokus vil være bruk av tvang i psykisk helsevern inklusive etiske refleksjoner knyttet til dette.</p> <p>3. Antall episoder med bruk av tvangsmidler reduseres årlig med 10 %.</p> <p>Utover dette har klinikken igangsatt eige prosjekt knytta til Redusert bruk av tvang ved akuttposter med fokus på tvangsmidler.</p>
		<p>Førebyggje eventuelle uønskete tilpassingar som følgje av omlegginga av finansieringsordninga for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017. Omlegginga må bli nytta for å understøtte ønskt fagleg innretning av desse tenestene.</p>	<p>Innføring av DRG finansiering av poliklinikkar i psykisk helsevern har vore utfordrande. Det er ikkje mogleg å seie noko om omlegginga har medført vridingar i drift og endring i fagleg innretning på tenestene. Så langt ser det ut til at ein ikkje har fått endring i den faglege innretninga på tenestene, men at ordninga gjev ein lågare finansieringsgrad per pasientkontakt. Etter 1 tertial vil DRG vektor bli revurdert for å unngå vridingar.</p>
Til Helse Bergen		<p>Etablere <i>Stifinner'n</i>² ved Bjørgvin fengsel i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet.</p>	
<p>3.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik</p>			

² Stifinner'n er eit tilbod til innsette i fengsel med rusproblem som ønskjer å bruke soningstida på å starte ein endringsprosess

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		Prosentdelen sjukehusinfeksjonar skal vere lågare enn i 2016.	Andel sjukehusinfeksjonar blant alle innlagte pasientar ved måling november 2016 var 2.1% for Helse Fonna. Prevalensmåling i april 2017 viste 2,5% for heile føretaket. Det er stort fokus på gode smittevernrutinar i føretaket med blant anna undervising på alle sjukehus. Hygienesjukepleiarane er aktive i arbeidet med å planlegge nytt sjukehusbygg.
		Minst 20 prosent av pasientane med hjerneinfarkt skal få trombolysebehandling innan 40 minutt etter at dei er innlagde.	I perioden september til desember 2016 fikk 20% av pasientene med hjerneinfarkt trombolyse innan 40 minuttar. Ein av overlegane fotfølgde nokre pasientar i forløp og fant ut at det var ein flaskehals i forløpet. Nokre ganger venta personalet med å gje trombolyse til pasientane var komen på post. Ei reopplæring av tilsette var nødvendig. I tillegg til dette har det vore jobbe ein del med rekruttering av legar til nevrologisk seksjon. Det å tilsette i faste stillingar er nødvendig for å unngå for høg turnover.
		Det skal ikkje vere nokon korridorpatientar.	Helse Fonna er ikkje i mål på dette. Ei ny føretaksovergrepande rutine ved korridorpatientar og overbelegg er under utarbeiding og vil bli imålementert frå sommaren 2017. Lokale retningslinjer ved dei enkelte sjukehusa vil bli gjennomgått i etterkant. Kompetanse i akuttmottaka blir styrka. Større del pasientar skal ferdigbehandla i akuttmottak. Det vert jobba med å auke talet på dagkirurgi og poliklinikk for å unngå innlegging. Ny rutine under utarbeiding stiller større krav til betre utnytting av ledige senger på tvers av avdelingar og einingar. Menn og kvinner blir plasserte på same rom ved nokre sengepostar. Elektiv aktivitet blir vurdert stoppa i situasjonar med korridorpatientar. I periodar med høgt belegg skal det lagast flyttelister ved sengepostane der det kjem fram kva pasientar som kan flyttast til anna post eller få

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			permisjon.
		Prosentdelen dialysepasientar som får heimedialyse, skal vere på minst 30.	På dialyseeininga, Medisinsk klinikk har det vore 20% av pasientane som har fått heimedialyse. Tilrettelegging og opplæring av posedialyse har vore satt i fokus. Eininga har hatt eit lite barn med heimedialyse med god støtte av nefrologisk team og tilsette ved barneseksjonen. Dette barnet har no fått transplantasjon. Ved Stord er det for tida ikkje pasientar som får heimedialyse. Tilbodet blir vurdert i forhold til enkeltpasientar.
		Det samla forbruket av breispektra antibiotika ved norske sjukehus skal vere redusert med 30 prosent i 2020 samanlikna med 2012. (Målt som desse fem breispektra midla: Karbapenem, 2. og 3. generasjons cefalosporin, penicillin med enzymhemmar og kinolon).	Helse Fonna har etablert eit antibiotikastyringsteam, med føretaksleiinga som styringsgruppe. Det er deltakarar frå alle einingar med høgt forbruk av breispektra antibiotika. Ein arbeider med å utforme konkrete forbettringsprosjekt ved ulike einingar. Det er tilgjengeleg statistikk på forbruk som gjer at ein kan følgje effekt av tiltak. Det har over lengre tid vore undervising om rett bruk av antibiotika; på legeundervisingar og under kvalitetsdagane. Det blir oppmoda til å følgje antibiotiakarettleiaren.
Andre oppgåver i 2017		Utvikle former for ambulante tenester innan rehabilitering og vaksen- og barnehabilitering. Helseføretaka må sjå til det regionale prosjektet om «ambulante tenester og tidlig støtta utskriving» innan rehabilitering.	Både barne- og vaksnehabilitering har relativt høyt del ambulerande verksemd, der forskrifta sin ordlyd om at tenestene skal gis i nærleiken av pasienten når dette er best for pasienten, vert brukt som vurdering av når det skal ambulerast. Man har høgt fokus på å møte pasient i sin naturlege kontekst, og veiledning til førstelinjeteneste gis primært når pasient er i sine eigne omgjevnader. Dette gjeld også ved observasjonar ifm utgreiing med meir. Barne- og vaksnehabilitering har fire eigne bilar (to av desse elbilar) og ein elsykkel til disposisjon til føremålet, i tillegg bruker tilsette eigen bil ved behov. Talet på ambuleringar har auka, men andelen er relativt stabil, dette må sjåast i samanheng med ISO-sertifisering 14001 «Grønt sjukehus» der mengda køyring er ønska redusert. Ein har fortrinnsvis klart

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			<p>å redusere ambulering der pasient ikkje er til stades (indirekte kontakt). Ein har også klart å få til meir samordning ved køyring, spesielt forsøker ein å få dette til på lange turar.</p> <p>Tenesta har sidan 2014 hatt tal fra DIPS og eigen bilkalender som har gitt oversikt over mengd ambulering, og med det timar brukte til rein køyring. Køyretid vil vera ein faktor som betyr ein del i forhold til ressursbehov og kapasitetsutnytting, ein ser at enkelte konsultasjonar langt borte frå Haugesund kan medføre kjøretid på over 6 timer tur/retur for ein konsultasjon, og enkelte oppdrag utløyser rett til overtidsbetaling.</p> <p>Det vert i liten grad ambulert ut frå spesialisert rehabilitering, som er lokalisert på Stord sjukehus. Unnataka er nokre spesielle situasjonar der det er særleg krevjande for pasient å komma til sjukehuset. Seksjonen har eit ønske om faste poliklinikkdagar ved Haugesund sjukehus, og det vert jobba med ei løysing for å få dette til. Meir omfattande ambulering er ei ressursutfordring på grunn av mykje reisetid i eit stort opptaksområde. Eit utvida ambulant tilbod vert vurdert i samband med budsjett.</p>
		Delta i utviklinga av fleire samvalsverktøy for at pasientar skal kunne delta aktivt i eiga behandling, og for å sikre at kvalitetssikra verktøy som blir publiserte på helsenorge.no blir tekne i bruk i alle helseføretak.	Fagmiljø har gjennom arbeidet med helsenorge.no vore involvert i oppdatering av informasjon knytta til pasientforløp. Saman med tilgongen til å lese sin eigen pasientjournal er helsenorge.no eit nyttig verktøy knytta til samval.
		Delta aktivt i arbeidet med gjennomføring av faglege revisjonar i Helse Vest. Arbeidet blir koordinert av Helse Stavanger.	Helse Fonna spelar inn tema som er aktuelle for revisjon og bidreg med fagrevisor der det er aktuelt.
		Delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunane i opptaksområdet til helseføretaka deltek.	Geriatrisk seksjon og ortopedisk seksjon ved Haugesund sjukehus og indremedisinsk seksjon ved Stord sjukehus deltek saman med fire av kommunane i føretaket sitt opptaksområdet i læringsnettverk i regi av KS knytta til innskrivings- og utskrivingsprosessen i pasientforløp. Det vert jobba med konkrete tiltak som kan gjera overgangane mellom

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			tenestenivåa meir saumlause.
		Bygge opp tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet til å kunne tilby alle barn som blir avhøyrd ved Statens barnehus, medisinsk undersøking utover dei kliniske rettsmedisinske undersøkingane som politiet rekvirerer. Helseføretaka har ansvaret for å sørge for dette. Undersøkingar som ikkje krev spesialisert utstyr, skal gjerast på barnehuset. Helseføretaka skal innan 20. april levere ein plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive korleis kapasiteten kan styrkast gjennom å bruke sosialpediatarar og anna helsepersonell, medrekna sjukepleiarar. Sjå òg brev frå Helse Vest RHF datert 20.01.17.	Helse Fonna sender alle barn som trenger å bli avhøyrd ved Statens barnehus til barnehusa enten i Stavanger eller Bergen. Nødvendige medisinske undersøkingar blir tilbode i føretaket dersom det er nødvendig. Helseføretaket har i 2016 og 2017 har stort fokus på oppbygging av kompetanse (utarbeidd kompetanseplan) på å identifisere barn som er utsatt for traume gjennom vald og overgrep. Det har vore arrangert kurs for fagfolk ved fleire einingar. Dette er både legar, sjukepleiarer, fysioterapautar, radiografar mmm. Ein av barnelegane har funksjonar knytt til sosialpediatriske arbeidsoppgåver.
		Fødande skal ha ei jordmor hos seg så tidleg som mogleg i den aktive fasen av fødselen, og til fødselen er over. Avvik skal bli dokumentert i avvikssystemet, og resultatane skal bli brukt til kvalitetsforbetring.	Dette kravet oppfyllest i fødeseksjonen både i Kirurgisk klinikk og Somatisk klinikk Stord. Det er innarbeidd rutinar for prioritering av arbeid i seksjonen slik at kravet innfries. Det gjeld både tilkallingsrutinar og intern prioritering av arbeidsoppgåver. Prioriteringsvertøyet «Prioriteringstrekanten» blir nytta i begge seksjonane. Tilsette i fødeseksjonen nyttar Synergi. Det har ikkje vore meldt avvik knytta til den aktive fasen av fødselen hittil i år.
		Sette i verk tiltak for auka bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendingar, statistikk og risikoanalysar. Ta i bruk same klassifikasjonssystem som meldeordninga til Helsedirektoratet, for å kunne utnytte meldingane betre.	Det nasjonale klassifikasjonssystem blir tatt i bruk via Synergi samtidig i Hele Vest

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
Personell, utdanning og kompetanse		Helseføretaka skal sikre gjennomføring av del 1 i ny spesialistutdanning for legar, og sette i verk ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift, med tilsettingar i LIS1-stillingar frå og med hausten 2017.	Føretaket tek del i det regionale arbeidet og planlegg for å sette i verk del 1 av ny ordning for spesialistutdanning, i samsvar med ny forskrift. Føretaket har dokumentert korleis arbeidet med spesialistutdanninga er organisert og korleis ansvaret er plassert på alle nivåa i verksemda. Det er etablert overordna utdanningsutval for LIS1-2-3, som blant anna skal bidra i planlegging, koordinering og kvalitetssikring av utdanningsverksemda og vere eit rådgjevande organ for å sikre at LIS når læringsmåla på ein best mogleg måte.
		Helseføretaka skal planlegge for å sette i verk del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning i samsvar med ny forskrift.	Føretaket tek del i det regionale arbeidet for å samordne og sette i verk del 2 og 3 i ny ordning for spesialistutdanning for legar. Helse Fonna har etablert overordna utdanningsutval for LIS1-2-3.
Forskning og innovasjon		Styrkje innovasjonssamarbeidet mellom helseføretaket og næringslivet i samsvar med regjeringa sin handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.	Helse Fonna har nyleg inngått avtale med teknologioverføringsselskap. Ein vil nytte denne avtalen mellom anna til å planlegge og vurdere tiltak for å styrke innovasjonssamarbeidet med næringslivet.
4 Krav og rammer 2017			
4.1 Styring og strategiarbeid			
		Utarbeide utviklingsplanar for verksemda innan 30. juni 2018.	Helse Fonna vil utarbeide ny utviklingsplan innan fristen.
4.2 Organisatoriske krav og rammer			
4.2.1	Openheit og dialog i helsetenesta	Samarbeide om å auke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategiar og tiltak, og utvikle felles indikatorar for å måle forbetringar i forholdet mellom leiinga og tilsette.	Tydeliggjering av leiarlinjer og ansvarsavklaring er vidareutvikla gjennom arbeidet med stillingsbeskrivelsar og implementering av desse. Leiarutviklingsprogram for 4. linjeleiarar er gjennomført for å trygge og utvikle leiarane i rolla. Det vert også gjennomført målretta HMS opplæring for leiarar. Retningslinjer for konflikthandtering, mobbing og trakassering og varsling er reviderte og implementerte. Føremålet med desse organisatoriske

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			<p>tiltaka er å bidra til ein velfungerande organisasjon med auka grad av å vere tydelig/føreseieleg, ryddig, open og formidle tillit. Einingane i føretaket har gjennomført HMS-kartlegging, risikovurdering og utarbeida HMS-handlingsplan, i samarbeid mellom leiar, verneombod og medarbeidarar. Dette er ein viktig arena for samtale om arbeidsmiljø, bygd på tillit og openhet. Føretaket har regelmessige dialogmøter mellom leiarar, tillitsvalde og verneombod på alle nivå i organisasjonen. Investering i medverknad/ involvering, informasjon og opplæring bidrar til auka kunnskapsgrunnlag og felles forståing for prosessar og avgjerder. Føretaket vil bidra i arbeidet på regionalt nivå med utvikling av aktuelle indikatorar. Talet på meldingar i Synergi aukar jamt - 489 registrerte saker i mai 2017 mot 314 saker på same tidspunkt i 2016. Dette kan tolkast som eit teikn på vilje til å synleggjere uønska hendingar og å lære av desse.</p>
4.2.2	Utvikling av heiltids-kultur	Motivere og leggje til rette for at tilsette vel høgare stillingsprosent og helst 100 prosent stilling, i samarbeid med organisasjonane, tillitsvalde og utdanningssektoren.	Det vert i alle klinikkar arbeid for at fleire skal få tilbod om auka stillingsbrøk/heiltid for fast tilsette. Dette skjer blant anna gjennom arbeid på tvers av fleire einingar, gjennom traineeordninga og heiltidsstillingar i bemanningssenteret. Alle helsefagarbeidarar i fast stilling har fått tilbod om auka stilling/heiltid i bemanningssenteret.
		Sikre at helseføretaka i større grad enn no tilbyr nyutdanna helsepersonell heile faste stillingar.	Føretaket tilbyr i større grad nyutdanna sjukepleiarar heile faste stillingar gjennom traineeordninga og at helsefagarbeidarar i større grad får tilbod om fast stilling etter avslutta læretid.
4.2.3	Vald og truslar mot helse-personell	Helseføretaka skal kartlegge omfanget av vald og truslar mot helsepersonell og med-pasientar. Dei skal vidare ha klare retningslinjer og rutinar for korleis dei førebygger og handterer vald og truslar som del av HMS-arbeidet. Vidare skal dei ha prosedyrar for oppfølging av dei berørte.	Omfanget av vald og truslar vert kartlagt gjennom meldingar i Synergi, samt ei aktiv oppmoding om å melde frå om uønska hendingar. I tillegg er det gjennomført ei obligatorisk finkartlegging i HMS-kartlegging om førebygging av vald og truslar. Det er utarbeidd overordna retningslinjer for førebygging og handtering av vald og truslar. Dei einingane som har ei særleg utfordring på dette området, har i tillegg laga egne rutinar for å

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			møte utfordringar i eige eining. Klinikk for psykisk helsevern har dette året hatt ein særleg gjennomgang av risikofaktorar og tiltak for førebygging. Føretaket har rutinar for oppfølging av berørte medarbeidarar. Desse rutinane har føretaket planlagt å vidareutvikle.
4.2.6	Samordning av fram-skrivingar	Helseføretaka skal nytte felles metodikk, utarbeida av RHF-a i fellesskap, til framskrivingar av kapasitetsbehov.	Føretaket vil i arbeidet med utviklingsplanen ta i bruk metodikk/bemanningsmodellen for utarbeiding av strategiske analysar av framtidig personell- og kompetansebehov.
4.2.8	Informasjons-teknologi og digitale tenester (e-helse)	Delta i det nasjonale arbeidet med éin innbyggjar – ein journal i regi av Direktoratet for e-helse.	Helse Fonna har deltatt med representant i det regionale prosjektet <i>Ein vestlending- ein journal</i> som leverte rapport mars 2017. Prosjektet har vore i dialog med det nasjonale arbeidet med ein innbyggjar ein journal.
		Bidra i arbeidet med å utvikle samordna og kvalitetssikra informasjon til innbyggjarane og etablere digitale innbyggjartenester på den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no .	Helse Fonna har delteke i arbeidet med å ta i bruk helseportalen <i>HelseNorge</i> . Blant anna er informasjon om utgreiings og behandlingstilbod gjort tilgjengeleg på portalen
		Rapportere innan 1. mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterande tekniske løysingar for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringa skal omfatte løysingar mellom helseføretak i og utanfor eigen region, dei kommunale helse- og omsorgstenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringa skal inkludere ei oversikt over område der det fortsatt er papirbaserte rutinar.	Jamfør tidlegare innsendt rapportering
		Bidra i arbeidet med program for felles infrastruktur, sektorens mottaksprosjekt for modernisert Folkeregister	Helse Fonna vil bidra i det aktuelle arbeidet.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
		og program for kodeverk og terminologi som vert leia av Direktoratet for e-helse.	
		Bidra til å utarbeide ein felles plan for utvikling av nye tenester og løysingar som har nasjonal effekt og som har overføringsverdi mellom dei regionale helseføretaka. Planen skal vere ferdig innan 1. oktober 2017.	Helse Fonna er representert med fagdirektør i referansegruppa for digitale innbyggjartenester.
4.2.9	Beredskap og sikkerheit	Implementere HelseDirektoratet sin Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.	Helse Fonna har saman med dei andre føretaka i Helse Vest fått prosjektmidlar frå RAKOS for å utvikle kurs for innsatsleiarar helse. Prosjektet vil ha representantar frå alle dei fire føretaka. Mål er at alle funksjonsleiarane skal gjennomgå kurset. Alle tilsette i ambulansetenesta skal ha teoretisk og praktisk opplæring, tilrettelagt i fagdagar. I tillegg vert alle prehospitale øvingar lagt opp med trening i innsatsleiarrolle som eit av øvingspunkta. Seinast vart dette gjennomført ved Avinor si flyplassøving på Helganes 11. mai 2017
		Sørgje for tilfredsstillande informasjonssikkerheit med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarheit, og oppfølging gjennom internkontroll.	Det er etablert ei arbeidsgruppe i føretaket for å følgje opp arbeidet med EU si personvernforordning. Alle innføringar og endringar blir vurdert for risiko og sårbarheit. Det føres internkontroll for dei databehandlingar som vert gjort i føretaket, dette for å sikre grunnlag for behandling og riktig prosess for databehandlinga knytt til informasjonssikkerheit. Det er blant anna fokus på sårbarheit knytt til datasystem og løysningar. Nytt regionalt styringssystem for informasjonssikkerheit er innført i føretaket, og det er pågåande arbeid for å implementere de ulike prosedyrane. Nytt e-læringskurs for informasjonssikkerhet vart publisert for dei tilsette i føretaket i 2017. Kurset er obligatorisk. For medisinsk teknisk utstyr er det slik at leverandør som treng fjerntilgang for service og vedlikehald må søkje Helse Vest IKT om dette. Tilgang er midlertidig og opnast for spesifikke føremål som vert avtalt. Det er utarbeid egne databehandlaravtaler og servicetilgangsavtaler for

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
			medisinsk teknisk utstyr. IKT sikkerhetsansvarleg i føretaket arbeider saman med seksjon for medisinsk teknikk for å sikre at alle eksisterande leverandørar signerer slik avtale. For nye leverandørar følgjer innkjøpsføretaket opp at rett avtale blir signert. Arbeid er i gong med å segmentere medisinsk teknisk utstyr på eige teknisk nettverk.
4.3 Ressursutnytting og kvalitet i helsetenesta			
4.3.1	Oppfølging av prioriterings-meldinga	Leggje til rette for at leiaropplæring som blir tilbydd i ulike delar av tenesta, gir leiarane ei klar forståing av ansvaret dei har for å innrette verksemda si i tråd med prinsippa for prioritering.	Prinsippa for prioritering har fokus i leiar møte på alle nivå i føretaket. Helse Fonna har bygd eit eige leiarutviklingsprogram for alle 4. nivå leiarane, der eit av måla er å sikre ei felles forståing av ansvar og oppgåver som ligg til leiarrolla og ei større forståing av heilskapen i tilbodet føretaket leverer på.
4.3.2	Auka innovasjons-effekt av offentlege innkjøp	Bidra til å fremme innovasjon, og legge til rette for bruk av nye innovative løysingar.	Helse Fonna har eigen strategi for forskning og innovasjon (2016-2020). Helse Fonna har tatt i bruk web løysing for innmelding og oppfølging av innovasjonsidear. Det er kontaktpersonar for innovasjon i alle klinikkar. Helse Fonna vil lage eigen handlingsplan for innovasjon når den regionale handlingsplanen er godkjent. Det er inngått avtale med teknologioverføringselskap.
4.3.3	Overgang til fagleg likeverdige legemidlar	Gå gjennom legemiddelbruken slik at gjeldande avtalar blir nytta for å redusere medikamentkostnadar. Helseføretaka skal innan 1. mai 2017 rapportere om konkrete tiltak for å oppnå dette. Helse Vest RHF vil kome tilbake til dette i eget brev.	Jfr eigen rapportering
4.3.4	Avtale-spesialist-ordninga	Inngå samarbeidsavtale mellom helseføretaka og den enkelte avtalespesialist i føretaksområdet innan 30. juni 2017. Helse Vest vil i eige brev informere nærare om ordninga og medverking frå helseføretaka.	Arbeidet er starta, - samarbeidsavtale er inngått for nokre fagområder.

Referanse til kap. i styrings-dokument	Sak	Mål 2017	Rapportering
6 Ressursgrunnlaget			
6.2 Investeringar og lån			
		Nytte katalogen for standardrom som er utarbeidd av Sjukehusbygg HF og bidra med evaluering av nye prosjekt.	Helse Fonna nyttar katalogen og har eit nært samarbeid med Sjukehusbygg HF.