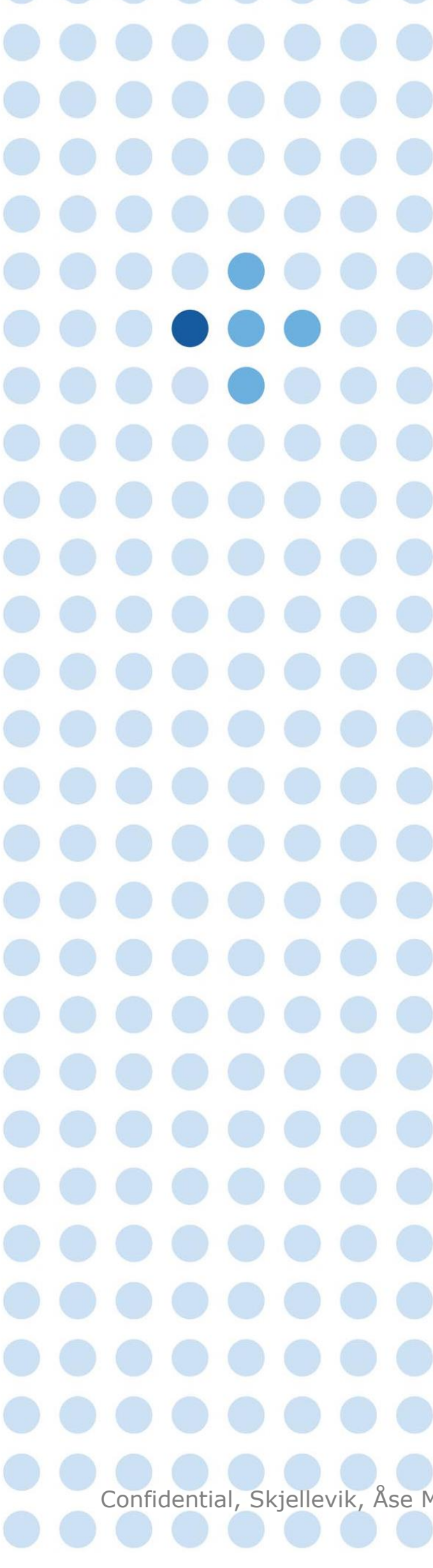




Årleg melding 2019 for Betanien sykehus

Innhold

1	Innleiing	2
1.1	Generelt – samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2019	2
1.2	Ny verksemdstrategi – Helse 2035	3
2	Helsefaglege styringsmål	4
2.1	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga.....	4
2.2	Prioritere psykisk helsevern.....	7
2.3	Betre kvalitet og pasienttryggleik.....	9
2.4	Personell, utdanning og kompetanse	11
2.4.1	Forskning og innovasjon	11
3	Krav og rammer 2019	12
3.1	Bemanning, leiging og organisasjon	12
3.1.1	Bruken av vikarar	12
3.1.2	Inkluderingsdugnad	12
3.1.3	Betaniens sykehus si handtering av bierverv	12
3.1.4	Tiltak innanfor bygg- og eigendomsområdet	13
3.1.5	e-helse.....	13
3.1.6	Digitalisering på legemiddelområdet	14
3.2	Øvrige krav	15
3.2.1	Oppfølging av Riksrevisjonen sine undersøkingar	15
3.2.2	Beredskap og sikkerheit	16
3.2.3	Avtalespesialistar	17
3.2.4	Informasjonstryggleik og personvern.....	17
3.2.5	Pasient- og brukarrettslova.....	18
3.2.6	Oppfølging av alvorlege hendingar og tilsyn	18
3.2.7	Vaksinasjon av personell.....	19

1 Innleiing

1.1 Generelt – samandrag av positive resultat og uløyste utfordringar i 2019

I 2019 besto Betanien sykehus av følgende sentre:

- Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP)
- Distrikpsykiatrisk senter (DPS)
- Dagkirurgisk senter (DKS)
- Laboratorie- og røntgensenter (LRS)

Betanien sykehus sine rammebetingelser er gitt gjennom Helse Vest sin årlige bestilling, som vedlegg til rammeavtalen (Virkning frå 01.01.2005 mellom Helse Vest regionale helseforetak (RHF) og Stiftelsen Betanien).

Betanien innretter seg etter de endringene som følger politiske føringer og lovgivning som vil påvirke oss i arbeidet vi skal utøve overfor pasienter, brukere og samarbeidspartnere.

- Vi leverer på bestilling og ligger under krav om ventetid innen psykisk helsevern.
- Dagkirurgisk senter har ikke nådd målet med tanke på antall DRG-poeng. Dette har sin bakgrunn i følgende:
 - Alvorlig sykdom medførte at antall operasjoner måtte reduseres fram til vi fikk fulltallige operasjonsteam på plass.
 - Oppgradering/service på nøddaggregat på operasjonsstuer.
- Dagkirurgisk senter har hatt noen få fristbrudd i 2019. Vi har sett på årsakssammenhengen og dette er fristbrudd som har fulgt med pasienter henvist fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Vi skal se på forbedringsmuligheter knyttet til denne problemstillingen med de helseforetakene det gjelder.
- Dagkirurgisk senter har ikke nådd mål om ventetid 56 dager. Vi prioriterer arbeid med dette i 2020.
- BUP har et registrert fristbrudd som er en feilregistrering.
- Vi har gjennomført forbedringsprosjekt for å nå mål satt for epikrisetid. Vi har lyktes delvis i å nå målet, og jobber med å korrigere oss.
- Vi følger opp pakkeforløp innen psykisk helsevern i egne møter. Forløpskoordinatorene er tett på behandlere for å gi informasjon og veiledning.
- Vi har økt antallet kliniske forbedringsprosjekt i 2019.
- Tvang utan døgnopphold (TUD) har variert gjennom året fra 33 i januar til 49 desember 2019. Vi har gjennom et forbedringsprosjekt sett på hvordan vi kan ivareta denne pasientgruppen bedre.
- Vi er miljøsertifisert etter ISO 14001 og mottok sertifikatet i mars 2019. Vi hadde vår første

årlige revisjon i oktober 2019 og har satt mål for det videre arbeidet.

- Vi har startet intern lederopplæring i ledelse- og kvalitetsforbedring med fokus på praktisk arbeid med endrings- eller forbedringsprosjekt.
- Vi søkte om fornyet godkjenning som utdanningsinstitusjon etter ny LIS-utdanning og tok i bruk kompetansepøstalen Dossier sommeren 2019.
- I 2019 jobbet vi med planlegging og implemetering av ny organisasjon og eierform. 01.01.2020 ble Betanien sykehus AS skilt ut som et datterselskap under Stiftelsen Betanien Bergen. Betanien sykehus har et eget styre.
- Frå 01.01.2020 gjennomførte Betanien sykehus en organisasjonsendring slik at sykehuset når er organisert i følgende to enheter: 1)enhet for somatisk helse, og 2) enhet for psykisk helse. Det som tidligere var sentre er nå organisert som avdelinger under henholdsvis enhet for somatisk helse og enhet for psykisk helse. Stab og støtte ligger direkte under sykehusdirektør.
- Vi har inngått avtale med Helse Vest IKT om implementering av MOT-prosjektet. Første del av innføringen er gjennomført og det foreligger en plan for videre implementering i 2020.

1.2 Ny verksemdstrategi – Helse 2035

Status og oppnådde resultat i 2019:

- **Kvalitet og pasientsikkerhet:** Intern lederopplæring knyttet til praktisk gjennomføring av forbedringsprosjekt foregår høsten 2019 og våren 2020.
- **Kommunikasjon og prioritering:** Vi involverer av brukere i pågående prosjekter og gjennomfører brukerundersøkelser etter plan. Ved behov for informasjon ut legger vi dette på nettsiden vår som er en del av felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten.
- **Standardiserte pasientforløp:** Pakkeforløp innen psykisk helsevern er innført og vi samhandling med helseforetakene i forhold pakkeforløp
- **Samarbeid med helseforetak og de andre privat ideelle virksomhetene:** Det er et godt etablert samarbeid med Helse Bergen og de andre privat ideelle aktørene innen alle områder med pasientrettet virksomhet.
- **Økt verdiskapning:** Betanien sykehus AS er fullskalakunde hos Helse Vest IKT og er på vei inn i MOT-prosjektet. Det er gjennomført endringer for å få en mer hensiktsmessig organisering med tanke på pasientbehandling. Det har vært fokus på endringsarbeid og større involvering av brukere gjennom blant annet brukertvalg, pasienterfaringsundersøkelser mm.
- **Samarbeid med kommunehelsetjeneste:** Vi samarbeider med kommunehelsetjenesten blant annet gjennom egen praksiskonsulent, deltakelse i samarbeidsutvalg, og lokalt etablerte møtepunkt for samarbeid innen de ulike fagfeltene.
- **Forskning, innovasjon og teknologi:** Det er tilrettelagt for forskning og utviklingsarbeid. Vi tar i bruk ny teknologi tilgjengelig via Helse Vest IKT etter behov og i tråd med prioriteringer.
- **Ledelse:** Det er etablert en intern lederplattform med fokus på å styrke lederkompetansen.

Fokus i 2019/2020 er ledelse- og kvalitetsforbedring. Noen ledere deltar også på ekstern lederopplæring.

- **Struktur og organisering:** I 2019 ble grunnlaget for ny eierform for Betanien sykehus, så vel som hensiktsmessig organisering, lagt (implementert 01.01.2020). Forberedelser til fullstendig overgang til Helse Vest IKT plattform med blant annet innføring av MOT-prosjekt.

2 Helsefaglege styringsmål

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttinga

Mål 2019:

- Gjennomsnittleg ventetid til start av helsehjelp skal reduserast i alle verksemd samanlikna med 2018.

Helse Vest RHF har definert eigne regionale måltal for BUP og VOP som ligg under det nasjonale måltalet på 50 dagar. Krav til ventetider for behandla pasientar skal i 2019 vere:

- BUP: under 35 dagar
- VOP: under 40 dagar
- Somatikk: under 56 dagar

Kravet gjeld gjennomsnittstal for kvar kalendermånad.

Gjennomsnittlig ventetid i perioden januar-desember 2019, er som følger:

- **BUP 28 dagar**
 - **DPS 34 dagar**
 - **DKS 81 dagar**
 - **Røntgen tilstreber kort ventetid, så vel som kort svartid. Ventetiden steg i siste kvartal, spesielt for MR-undersøkelser. Dette skyldes stor pågang hele året og at nedetid i forbindelse med innføringen av PACS i FERD bidro med å øke ventetiden. I årets siste to måneder var CT og røntgenapparat av drift da maskinene er 11 år gamle og skiftes ut.**
- Ingen fristbrot.

BUP og DPS har ingen fristbrudd i 2019.

DKS har ikke nådd mål om ventetid < 56 dager. Vi vil jobbe systematisk for å nå målet så raskt som mulig. DKS fikk registrert 2 fristbrudd i 2019. Disse fristbruddene har fulgt med fra helseforetakene henvisningen kom fra. Vi skal se på forbedringsmuligheter knyttet til denne problemstillingen med de helseforetakene det gjelder.

Betanien sykehus har jobbet strukturert med:

- **God og korrekt registreringspraksis**

- Implementering av regionale prosedyrer for poliklinisk virksomhet
 - Ventelisteovervåking
 - Inntaksarbeid
 - Læring- og forbedringstiltak der det er avvik
- Median tid til tenestetstart skal reduserast ved Betanien sykehus samanlikna med 2018¹
Median tid til tjenestetstart har i 2019 vært:
 - DKS – 81 dager
 - DPS – reduksjon fra 35 dager 2018 til 34 dager i 2019
 - BUP – reduksjon fra 30 dager i 2018 til 28 dager i 2019
 - Betanien sykehus skal halde ein større prosentdel av pasientavtalane samanlikna med 2018 (passert planlagt tid). Betanien sykehus skal halde minst 95 pst. av avtalane innan 2021.
- Vi overvåker dette og ser at en stor del av avtalene som endres blir endret av pasientene. Vi jobber med å forbedre oss og innførte GAT 01.01.2020.**
- Poliklinikkar skal driftast i tråd med Regionale retningslinjer for planlegging og gjennomføring av poliklinikk.

Dette ble fulgt manuelt i 2019. Ved innføring av GAT 01.01.2020 vil vi bruke tilgjengelig verktøy.

Andre oppgaver for Betanien sykehus i 2019:

- Arbeide spesielt med å redusere ventetidene for dei einingane der ventetidene er over måltal for 2019. Bruken av tentative timar skal avviklast, og ny strategi for tildeling av timar skal innførast ved hjelp av «Vel planlagt» under Alle møter.
- I BUP og DPS har vi hatt styrt timebok for første samtale og har ellers følgende kommentarer:**
- **BUP:** Vi benytter tentative timer i saker der vi ikke har faste arbeidsoppgaver, og hvor retningslinjer i andre virksomheter eller pakkeforløp krever at vi ikke avslutter saken, for eksempel OCD. Det gjelder også for kontakt med Rikshospitalet ved kjønnsidentitetsvurdering og behandling, der det forventes at pasientene følges opp av lokal BUP ved behov. Vi skal se på alternative måter å gjøre dette på.
 - **DPS:** VOP bruker ikke tentative timer. TUD-pasienter blir satt opp med tentative timer for faste kontroller.
 - **DKS:** Ingen bruk av tentative timer. Alle timer tildeles fortløpende.
- Betanien sykehus skal, basert på analysar av uønskt variasjon i effektivitet, kapasitetsutnytting og forbruk på tvers av verksemda, identifisere minst eitt område der verksemda har gode resultat eller stor framgang, kva faktorar som har gitt denne måloppnåinga, og korleis denne kunnskapen kan brukast til å betre måloppnåinga på andre område.

¹ Tida mellom den datoen tilvisinga er motteke i spesialisthelsetenesta og den datoen pasienten mottok ei teneste, dvs. dato for når ein viss prosedyre er utført. Dette blir målt for eit utval utgreiings- og behandlingsprosedyrar.

Vi har stabil og lav ventetid i forhold til andre vi kan sammenligne oss med.

- Betanien sykehus skal, basert på analysar av uønskt variasjon i effektivitet, kapasitetsutnytting og forbruk på tvers av verksemda, identifisere minst to område der verksemda har svake resultat/høg risiko, og utarbeider ein tiltaksplan for å betre måloppnåinga på desse områda. I utarbeidinga av tiltaksplanen skal det eksplisitt vurderast kva ein kan lære av andre verksemd som har betre måloppnåing. Betanien sykehus skal orientere Helse Vest RHF om status i arbeidet innan 1. september 2019.
- 1) **Styrt timebok for første samtale har gitt oss en mulighet til å holde ventetid nede, samtidig har vi god kontroll på fristbrudd på pasientene som er henvist direkte til oss. Det å bruke merkantile til å følge opp med kontroll og legge inn pasienter har vært nytting og nødvendig for å holde de gode resultatene**
 - 2) **Vi har et pågående prosjekt vedrørende epikrisetid. Vi ser at en av sengeportene har klart kravet, men den andre har ikke nådd målet. Prosjektet fortsette inn i 2020 og vi skal hva vi kan lære av avdelingen som klarer å oppnå målet.**

2.2 Prioritere psykisk helsevern

Mål 2019:

- Prosentdelen pakkeforløp gjennomført innan forløpstid for utgreiing i psykisk helsevern barn og unge skal vere minst 80 pst.

Vi har ennå ikke mottatt tilbakemelding knyttet til prosentvis måloppnåelse. Vi jobber strukturert med pakkeforløpene i ukentlige fellesmøter. Behandlere sender intern melding fra Dips Arena til seg selv med påminning om frist i pakkeforløpet. Klinisk beslutning og evalueringspunkt gjennomgås i fellesmøte.

- Prosentdelen pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge skal vere minst 80 pst.

Se kommentar over.

- Prosentdelen pakkeforløp gjennomført innan forløpstid for utgreiing i psykisk helsevern vaksne skal vere minst 80 pst.

Vi har ennå ikke mottatt tilbakemelding knyttet til prosentvis måloppnåelse. Vi jobber strukturert med pakkeforløpene i fellesmøter, har individuell oppfølging av behandlere, og kontroll ved forløpskoordinator.

- Prosentdelen pakkeforløp gjennomført for evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern vaksne skal vere minst 80 pst.

Se kommentar over.

- Minst 50 pst. av epikrisane er sende innan 1 dag etter utskriving frå psykisk helsevern for vaksne.

Sengepostene ved Betanien DPS har satt i gang et prosjekt som omfattar tidlig planlegging av

utskrivelse. Vi har forbedret rutiner, avdelingene lærer av hverandre, og korrigerer for å oppnå bedre måloppnåelse.

Tallene fra oktober 2019 viser at avdeling allmennpsykiatri sender 29 % av epikrisene innen en dag og at avdeling psykiatri sender 72 % av epikrisene innen en dag. Samlet sett sender sengepostene ved Betanien DPS 50,5 % av epikrisene innen en dag. Vi har sett på årsaksammenhenger og jobber med ytterligere forbedring, særlig på avdeling allmennpsykiatri.

- Talet på pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgntilrettelagt) skal reduserast i 2019.

Betanien DPS er ikke godkjent for tvang med døgnopphold. Ved opprettelse av FACT-seng tror vi at vi kan forebygge innleggelser i noen grad.

Andre oppgaver for Betanien sykehus i 2019:

- Verksemdet som behandlar pasienter innan psykisk helsevern for vaksne og barn og unge skal oppnemne forløpskoordinatorar med nødvendige fullmakter.

DPS og BUP: I forkant av første fremmøte er det de merkantilt ansatte som sammen med avdelingsleder og teamledere fungerer som forløpskoordinatorer. Etter første møte tar saksansvarlig behandler over ansvaret som forløpskoordinator. Merkantile avslutter pakkeforløpet etter at det er sendt epikrise. Alle merkantilt ansatte har fått tilgang Read Only.

- Følgje opp regional plan for psykisk helse når den ligg føre.

BUP: Vi vektlegger tidleg avklaring og tidleg hjelp ved å svare på henvisningar innan 10 dagar og ved ha en ventetid på ca. 30 dagar. Ventetiden er kortere for de sykeste som gjerne kommer rett inn via vår hastehjelpsordning. Det legges til rette for brukermedvirkning (jf. Pakkeforløpene), der det er viktig å lytte både til barn og foreldre, som ikke alltid mener det samme om hva slags hjelp de trenger. For å sikre en opplevelse av gode pasientforløp ser vi behov for bedre samordning og kommunikasjon ved innleggelser ved PBU, og skal drøfte erfaringer på læringsmøte med PBU i januar 2020.

Når det gjelder videreutvikling av nye møtearenaer, har vi en ambulant forsterkning med 2 psykologspesialister som bistår i de alvorligste sakene. Vi har også en kunst- og uttrykksterapeut. Psykomotorisk fysioterapeut i BUP kunne vært et innovativt prosjekt i denne sammenheng.

Betanien BUP kan henvise pasienter til internetbasert behandling, som er et prosjekt i PBU. Betanien BUP sine pasienter har ikke tilgang til PBU sine behandlingstilbud i Energisenteret.

- Etablere samarbeid med fastlegane for å sikre god kvalitet i tilvisingar til psykisk helsevern for vaksne, barn og unge.

DPS og BUP: Betanien sykehus har hatt praksiskonsulent i 20 % stilling siden 2009.

2.3 Betre kvalitet og pasienttryggleik

Mål 2019:

- Arbeidet med HMS og pasientsikkerheit må sjåast i samanheng. Prosentdelen «enheter med modent sikkerhetsklima» (jf. definisjon i pasientsikkerheit) ved kvar verksemd skal vere minst 60 pst.

Etter innføringen av GAT 01.01.2020 vil Betanien sykehus delta i ForBedringsundersøkelsen. Vi har kontinuerlig fokus på kvalitetsindikatorer innen psykisk og somatisk helse.

- Ingen korridorpasientar.

Betanien DPS har ingen korridorpasienter.

- Talet på nye kliniske behandlingsstudiar er auka med minst 5 pst. i 2019 samanlikna med 2017.

En av psykologspesialistene bruker 50 % av tiden sin på klinikknær forskning. Arbeidet er finansiert av Betanien sykehus.

En av overlegene ved BUP disputerer for medisinsk doktorgrad 7. februar 2020. Dette arbeidet har hatt ekstern finansiering.

- Vidareføre arbeidet frå pasientsikkerheitsprogrammet, implementere handlingsplanen og redusere variasjon i pasientsikkerheitsindikatorar.

Gjennom arbeidet med ledelse- og kvalitetsforbedring har vi i gått igjennom handlingsplanen og følger opp områdene som er aktuelle for oss. Vi har gjennomfører pasientsikkerhetsvisitt på hver avdeling annethvert år. Vi deltar på konferanser og har en egen kvalitetsrådgiver.

- Delta i regionalt planarbeid for innretting av arbeidet med pasienttryggleik og forbetring etter 2019.

Se kommentar over.

- Gjennomføre systematiske journalgjennomgangar for å sikre at vurderingar av fare for sjølvmod blir utført og dokumentert i samsvar med regional rutine både i sengepostar og i poliklinikkar.

-

DPS og BUP : Alle avdelinger har gjennomført systematisk gjennomgang av journal for internrevisjon. Dette arbeidet fortsetter i 2020 med kontroll av minst 10 journaler pr. avdeling pr. år.

Andre oppgåver for Betanien sykehus i 2019:

- Sørge for løpande og fullstendig innrapportering til dei nasjonale medisinske kvalitetsregistra, og nytte eigne data til kontinuerlig kvalitetsovervaking og kvalitetsforbetring.

Vi rapporterer og følger opp der det er avvik

- Betanien sykehus skal følge opp plan for nye kvalitetsregister og bidra med innspel til statusrapport frå dei regionale helseføretaka til Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi følger opp med kontroll og overvåking.

- Betanien sykehus skal delta i dei nasjonale brukarundersøkingane i regi av Folkehelseinstituttet, og sjå etter at resultata blir nytta aktivt i betringsarbeid. Dette omfattar òg løpande brukarerfaringsundersøkingar innanfor psykisk helsevern, som skal utviklast og implementerast i 2019.

Betanien sykehus deltar i de nasjonale brukerundersøkelsene, i tillegg til at vi ca. hver andre år gjennomfører egne brukerundersøkelser på de ulike avdelingene.

- Betanien sykehus skal følge opp satsinga på helse og arbeid, og leggje vekt på samtidigheit i behandling og arbeidsretta hjelp. Tilbodet skal òg omfatte personar i skule og under utdanning.

FACT-teamet har en jobbspesialist (IPS) ansatt i 100 % stilling. Vi deltar i IPS Bergen sin satsing for å ansatte fleire jobbspesialister og har inngått samarbeidsavtale med IPS Bergen og Helse Bergen.

- Betanien sykehus skal i sitt arbeid leggje til grunn prinsippa for handtering av prisinformasjon på legemiddel². Dette er verksemda informert om i eit eige brev sendt i november 2018. Betanien sykehus må sørgje for tilstrekkeleg kommunikasjon og opplæring for dei tilsette som dette gjeld.

Vi har ansatt en farmasøyt i engasjement som hjelper oss å holde kontroll på dette.

- Helse Vest legg til grunn at Betanien sykehus fortset arbeidet med overgang til fagleg likeverdige, men rimelegare legemiddel basert på tilrådingane i rapporten «Overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemiddel og tilgrensende oppdrag», og gjer greie for denne oppfølginga innan 15. april 2019. Helse Vest RHF skal rapportere vidare til HOD. Betanien sykehus må samarbeide med Sykehusapoteka Vest HF i dette arbeidet.

Se kommentar over.

- Helse Vest vil i 2019 peike ut aktuelle område som ein skal følge særskilt opp for å sikre mest mogleg likeverdig behandling, og at ein nyttar medikamentell behandling som er i tråd med gjeldande prinsipp for prioritering.

² Rapport om håndtering av enhetspriser for legemidler og videre arbeid med prinsipper for rutine for prisinformasjon

- Betanien sykehus skal 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.

Vi følger dette opp etterhvert som dette blir tilgjengelig for våre pasientgrupper.

2.4 Personell, utdanning og kompetanse

Betanien sykehus skal:

- ha sett i verk ny ordning for spesialistutdanning av legane i samsvar med krava i spesialistforskrifta. Det skal sjåast etter at legar i spesialisering del 2 og 3 får gjennomført Helsedirektoratet sitt tilrådde minimumstal for praktiske kliniske dugleikar, samanstillt i prosedyrelister.

BUP og DPS har faste leger i spesialisering (LIS) og har jobbet med dette i hele 2019. Vi søkte godkjenning før sommeren 2019 og har tatt i bruk nytt verktøy i kompetanseportalen Dossier.

Dagkirurgisk senter og røntgen har ikke fast LIS, men har gjort avtale med henholdsvis kirurgisk avdeling og radiologisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus om bidrag til utdanning av LIS innenfor generell kirurgi og radiologi. Dette er også aktuelt innen gynekologi. Samarbeidet er etablert og så vidt startet innen generell kirurgi.

- medverke til å utvikle innhaldet i utdanningane slik at desse er i godt samsvar med det tenestene treng, og medverke i RETHOS-prosjektet til å forme framtidsretta utdanningar.

Vi følger opp og samarbeider med de andre helseforetakene i Helse Vest.

- Greie ut og setje i verk tiltak for å betre avviklinga av praksisundervisning for dei som blir utdanna i helseyrka innanfor rammene av ansvaret verksemda har for praksisundervisning og opplæring.

BUP og DPS mottar studenter og praksisundervisning gjennom avtaler med Universitetet i Bergen, og fra høyskoler innen de fagområder vi har.

LRS bidrar i praksisundervisningen til studenter i medisinsk biokjemi og radiografi.

2.4.1 Forsking og innovasjon

Betanien sykehus skal:

- rapportere på kliniske behandlingsstudiar for 2017, 2018 og 2019, i tråd med tilrådingar i rapport frå arbeidsgruppe for utvikling av ein indikator for kliniske behandlingsstudiar.

Vi finansierer et doktorgradsarbeid og tilrettelegger for permisjon mm. for annen behandler. Vi har fortsatt et stykke å gå før vi har nådd målet om forskning i klinikken.

- leggje til rette for at alle vitskapelege artiklar som utgår frå forskning lyst ut i dei regionale helseføretaka frå og med 1. januar 2021 skal vere ope tilgjengelege.

Vi er godt kjent med dette og følger opp der det er aktuelt.

3 Krav og rammer 2019

3.1 Bemanning, leiing og organisasjon

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- utvikle strategiske kompetanseplanar og tiltak for å utdanne, rekruttere og vidareutvikle tilstrekkeleg tal medarbeidarar for alle yrkesgrupper/fagområde. Betanien sykehus 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.

Vi jobber med strategiske kompetanseplaner. Ved alle ledige stillinger vurderer vi hva vi har behov for av kompetanse.

3.1.1 Bruken av vikarar

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- vere merksame på bruk av helsepersonellvikarar. Dette området blir fulgt opp med rapportering til HOD innan utgangen av august 2019.

Betanien sykehus bruker i liten grad vikarer. I 2019 har vi leid inn legevikarer og spesialisykepleiere for en periode. Vi lyser vi ut ordinære vikariater ved langtidssykemelding eller annet langtidsfravær.

3.1.2 Inkluderingsdugnad

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- i samarbeid med det regionale helseføretaket utarbeide ein plan med tiltak, arbeidsformer og rutinar med sikte på å nå måla bak "inkluderingsdugnaden". Planen skal byggje på verksemda sine erfaringar frå arbeidet med å tilsette, og inkludere søkjarar med nedsett funksjonsevne. Helse Vest RHF skal rapportere på arbeidet per 1. oktober 2019.

Betanien sykehus stiller seg positiv til å ansette søkere med nedsatt funksjonsevne og har hatt flere inne til arbeidstrening i 2019.

3.1.3 Betanien sykehus si handtering av bierverv

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- innføre meldeplikt for helsepersonell som er tilsett etter helsepersonellova § 19 andre ledd i løpet av 2019. Meldeplikt etter lova omfattar "all helsefaglig virksomhet

som helsepersonellet utfører som selvstendig næringsdrivende, for andre arbeids- eller oppdragsgivere i Norge eller i utlandet, og om eierinteresser, samarbeidsforhold o.l.

Betanien sykehus har for tiden ingen ansatte som omfattes av dette.

- innføre krav om at dette skal oppfyllest, og følge opp krava med ein årleg rapport på totalt tal bierverv i årleg melding 2019.

Vi har ikke tall på dette for 2019. Nytt personaladministrativt system (GAT) ble innført 01.01.2020 og vi vil prioritere å få tall på dette i 2020.

- sørge for at alle medarbeidarar og leiarar registrerer bierverva sine i biervervsmodulen, og at alle bierverv som blir registrerte, blir fortløpande behandla av nærmaste leiar, og godkjent av leiar med fullmakt. Det er ein føresetnad at bierverv skal avgrensast mest mogleg. Det kan være aktuelt å revidere felles regionale retningslinjer og rettleiarar for bierverv.

Dette blir fulgt opp i GAT som ble innført 01.01.2020.

3.1.4 Tiltak innanfor bygg- og eigendomsområdet

Betanien sykehus skal:

- planlegge for å fase ut oljefyring, slik at forbudet mot bruk av mineralolje til oppvarming av bygningar som skal gjelde frå 1.1.2020 vert etterlevd. For sykehusbygg med døgnkontinuerleg pasientbehandling skal oljefyring fasast ut innan 1.1.2025.

Oljefyringen ble faset ut i 2019.

- leggje auka vekt på klima og miljø ved innkjøp og ved bygge- og vedlikehaldsprosjekt.

Som e miljøsertifisert bedrift etter ISO 14001, legger vi vekt på klima og miljø i vedlikehold og planer knyttet til bygg.

3.1.5 e-helse

Betanien sykehus skal:

- ta i bruk etablerte innbyggjartenester.

Betanien sjukehus er på felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten, og vi følger opp anbefalinger fra alle møter/vel møtt.

- gjennomføre nødvendige tiltak for å ta i bruk ny digital melding om dødsfall og dødsårsak i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet. Vidare skal regionane planleggje tiltak for å ta i bruk modernisert folkeregister i regionen før gjeldande sentrale folkeregister blir avvikla 31.12.2021.

Vi har ikke kommet i gang med dette arbeidet, men vil jobbe med det i 2020.

- bidra til utprøving av samhandling og forbedring av tenesteforløp ved aktivt å delta i det nasjonale velferdsteknologiprogrammet, medrekne ny utprøving av avstandsoppfølging av personar med kroniske sjukdommar.

Betanien sykehus følger med på dette og vil se nærmere på det i løpet av 2020.

- vidareføre arbeidet med utvikling og bruk av samval og verktøy for samval for å involvere pasientar i val av behandlingsform.

Vi tar i bruk verktøyene etterhvert som de blir klare for våre pasientgrupper.

- bidra etter nærmare avtale i dei regionale helseføretaka sitt samarbeid med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens Legemiddelverk og KS i oppfølginga av felles plan for nasjonal tilrettelegging for bruk av teknologi for å levere helsetenester på nye måtar slik det er omtalt i leveranse frå etatane til departementet av 1. desember 2018.

Vi følger med i dette arbeidet og tar i bruk teknologi som er nyttig for oss etterhvert som det blir tilgjengelig.

3.1.6 Digitalisering på legemiddelområdet

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- bidra i arbeidet med å etablere sentral føreskrivingsmodul og pasienten si legemiddelliste, som vert leia av Direktoratet for e-helse.

Det er pågår et pilotprosjekt mellom Bergen kommune og Haraldsplass sjukehus som vi blir informert om i samarbeidsutvalg.

- gjennomføre nødvendige førebuingar for å digitalisere legemiddelhandteringa, og avklare felles grensesnitt mot dei nasjonale e-helsetenestene.

Vi har fokus på å rydde i reseptformidler dette hvert som det skjer endringer i pasientens medisiner. Vi har innført elektronisk kurve MEONA ved sengepostene i psykisk helsevern (DPS).

- bidra til å etablere felles rutinar for samstemming av legemiddellister, irekne rutinar for gjennomgang av gyldige reseptar i reseptformidlaren, for å sikre at desse samsvarar med oppdatert legemiddelliste for den enkelte pasient.

Se kommentar over. Vi forbedrer rutineene våre slik at det blir ekstra fokus på dette.

3.2 Øvrige krav

3.2.1 Oppfølging av Riksrevisjonen sine undersøkingar

Betanien sykehus skal:

- følgje opp Riksrevisjonen si undersøking om helseføretaka si bruk av legeressursane.

Vi følger dette opp på følgende måte:

- Vi planlegger bruk av personalressurser i tråd med anbefalinger og tildeler time til pasienter i det de får en rettighet.
 - Vi har tatt i bruk elektronisk kurve (MEONA) ved sengepostene innen psykisk helsevern (DPS) og har meldt ønske om å innføre dette i den dagkirurgiske delen av virksomheten.
 - Vi følger med i det som blir tilgjengelig av verktøy og implementerer dem etterhvert.
 - Erfarne leger og psykologer driver inntaksarbeid.
 - Legene får administrativ støtte der det er behov.
 - Det legges tilrette for at ledere kan ha klinisk arbeid og få administrativ støtte. Dette med administrativ støtte er et tema som vi kommer til å se nærmere på i 2020.
- arbeide for å redusere risiko og kompleksitet i IKT-prosjekt, og å sikre riktig organisering, klare ansvarslinjer og involvering av leiinga.

Betanien sykehus er i ferd med å implementere MOT og kommer opp å gå på de fleste hos Helse Vest IKT i løpet av 2020.

- informere styret om ansvaret for oppfølging av kvalitet og pasienttryggleik, jf. *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Betanien sykehus har hatt fokus på forskriften i foregående år. I 2019 startet vi med lederopplæring i leiing- og kvalitetsforbedring der målet er at ledere skal gjennomføre et forbedringsprosjekt med utgangspunkt i egen drift. Opplæringen går frem til sommeren 2020. Styret i Stiftelsen Betanien Bergen er godt informert om forskriften, vårt styringssystem og arbeidet med implementering av dette. Denne informasjonen vil også bli gitt til styret som ble etablert da Betanien sykehus ble skilt ut som eget selskap 01.01.2020.

- sikre at styremedlemmene får nødvendig opplæring i internkontroll og risikostyring.

Frem til 31.12.19 har det vært et felles styre for alle virksomhetene i Stiftelsen Betanien Bergen. Styret har fått innføring i ledelsens gjennomgang og internrevisjonsprogram. Vi er i gang med å etablere nytt styre for Betanien sykehus AS, der administrerende direktør i stiftelsen vil være styreleder. Nytt styre i Betanien sykehus AS har god kompetanse innen sykehusdrift.

- i ei samla risikoanalyse basert bl.a. på GTT-data og nasjonale og lokale indikatorar for kvalitet og pasienttryggleik, identifisere minst eitt område der verksemda har

gode resultat eller stor framgang, kva for faktorar som har bidratt til å nå måla og korleis denne kunnskapen kan bli brukt til betre måloppnåing på andre område.

Betanien sykehus skal og identifisere to område der verksemda har svake resultat/høg risiko, og utarbeide ein tiltaksplan for betre å nå måla på disse områda. I utarbeidinga av tiltaksplanen skal det eksplisitt blir vurdert kva ein kan lære av andre verksemd som i større grad har nådd måla.

Betanien sykehus har i 2019 engasjert en nevropsykolog som har gjort et arbeid med å kartlegge og forstå de sykeste pasientene i DPS som er storforbrukere av tjenestene. Ved å få en større forståelse av pasientenes vansker tenker vi at vi kan være mer spisset med tanke på den hjelp pasientene skal tilbys, og våre anbefalinger til oppfølging ute. Prosjektet evalueres våren 2020.

I 2019 har vi tatt i bruk en FACT-seng i avdeling psykose. Dette betyr at pasienter som følges opp av FACT vil kunne tilbys, eller kan selv be om en plass, i sengepost. Målsettingen er å unngå at pasientene blir så syke at de må akuttinnleggeses i psykiatrisk akuttmottak på Sandviken. Vi har gjort en foreløpig evaluering og har valgt å fortsette prosjekttiden ettersom de foreløpige resultatene er positive, men vi trenger å gjøre en måling over lengre tid.

- følge opp Riksrevisjonen sine tilrådingar om helseføretaka sin praksis for utskriving av pasientar, og sjå til at verksemda har interne system og kontrollar for å sikre at tilsette kjenner til regelverk og nyttar prosedyrar og rutinar ved utskriving av pasientar.

Betanien sykehus har rutiner for utskrivelse, men dette er et område vi stadig kan bli bedre på. Vi har i 2019 hatt fokus på storforbrukere av helsetjenestene, og vært i dialog med helsemyndigheter, samarbeidspartnere i andrelinjen og kommunen for å se på løsninger for å unngå reinnleggelser. Arbeidet fortsetter inn i 2020.

3.2.2 Beredskap og sikkerheit

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- følge opp erfaringar og læringspunkt i evalueringar frå live-delen av Trident Juncture, Nasjonal helseøving 2018 og cyber-hendinga i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Helsedirektoratet og andre aktørar som er omfatta.

Betanien sykehus har fulgt med i det som skjer, men ikke gjort noe utover dette

- følge opp Helsedirektoratet si nasjonale analyse av risiko- og sårbarheit for helsesektoren, jf. oppdrag i 2018, og bidra til Helsedirektoratet si oppdatering av analysen i 2019.

Betanien sykehus har fulgt opp dette ved å:

- ansette personvernombud sammen med de andre privat ideelle virksomhetene som har langtidsavtale med Helse Vest.

- gjennomføre en omfattende kartlegging av behandlingsaktiviteter.
 - lage et eget styringssystem for dette.
 - gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser innen gitte område.
 - Revidere prosedyrer for informasjonssikkerhet.
- implementere ny sikkerhetslov, og delta i øvrig oppfølgings- og evalueringsarbeid.

Alle ledere har deltatt i dette arbeidet.

- revidere egne beredskapsplanar i tråd med revidert Regional helseberedskapsplan for Helse Vest, 2019-2021.

Betanien sykehus gjorde et stort arbeid med revidering av beredskapsplanen i 2018. Planen revideres årlig og ved behov.

3.2.3 Avtalespesialistar

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- Sikre at samarbeidsavtalane som er inngått med avtalespesialistane er i tråd med føresetnadane.

Betanien sykehus har fem avtalespesialister som vi samarbeider med. En av avtalene ble revidert i 2019. Det er planlagt gjennomgang av disse avtalene når nyansatt leder ved enhet for psykisk helse starter i januar 2020. Avtalespesialistene får tilbud om å delta på undervisning og kurs som DPS holder. Vi ser at det er forskjell i hva avtalespesialistene bidrar med hensyn til å ta imot pasientsaker og ønsker en klarere styring og hvilke forventninger Helse Vest har til avtalespesialistene.

3.2.4 Informasjonstryggleik og personvern

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- sørge for tilfredsstillende informasjonstryggleik med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarheit, sikre oppfølging gjennom internkontroll, og styrke kompetansen om digital sårbarheit blant egne medarbeidarar og brukarar av IKT-system. Dette skal skje gjennom godt samarbeid med andre verksemd. Det er mange moglegheiter for å auke merksemda blant medarbeidarar. Det er ein føresetnad at ein utnyttar dei digitale arbeidsflatene medarbeidarar brukar ofte.

Betanien sykehus har gjennomført en omfattende GAP-analyse for normen og personvernopplysingsloven i 2019. GAP-analysen dannet grunnlaget for et forbedringsprosjekt som sikrer at virksomheten behandler personopplysninger lovlig, sikkert og forsvarlig.

Det er jobbet systematisk med styringsstruktur, oversikt over behandlinger, prosedyrer og rutiner, databehandleravtaler, bevissthet og opplæring, samt risikovurderinger. Konklusjonen etter en gjennomgang med personvernombud er at situasjonen knyttet til informasjonssikkerhet og personvern er tilstillende.

Betanien sykehus vil har fokus på informasjonssikkerhet og utvikle sikkerhetskompetanse internt på sykehuset.

- halde seg orientert om arbeidet med personvernforordninga, og gjere nødvendige førebuingar for å implementere nytt regelverk.

Betanien sykehus har ansatt personvernombud sammen med de andre privat ideelle virksomhetene som har langtidsavtale med Helse Vest. Det vil være tematisert i ledergrupper og ansatte informeres ved behov.

3.2.5 Pasient- og brukarrettslova

- Betanien sykehus skal sikre at tilsette er godt kjende med pasientrettane, medrekna retten til fritt behandlingsval.

Betanien sykehus har rutiner og prosedyrer i forhold til dette. Ledere og inntaksteam har satt seg godt inn i lovverket. Vi har erfaringskonsulenter i DPS og et aktivt overordnet brukerutvalg.

3.2.6 Oppfølging av alvorlege hendingar og tilsyn

Betanien sykehus skal:

- bidra til utvikling av eit felles system for å sikre at kunnskap om avvik/uheldige hendingar i ei verksemd eller ei avdeling i eige verksemd blir overført til alle relevante einingar.

Betanien sykehus har hatt få alvorlige hendelser i 2019. Vi følger de nasjonale anbefalingene og har gode rutiner lett tilgjengelig. Vi har et samarbeid med annen virksomhet for å hjelpe hverandre der det ikke er nok med intern oppfølging.

Forebygging:

- Avvik gjennomgås i ledermøter og på driftsmøter i avdelingene.
- Aktuelle saker drøftes på fagledermøter og i kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU).
- Pasientsikkerhetsvisitt gjennomføres på alle avdelinger annethvert år.
- sørge for å leggje til rette for gode læringssituasjonar, og integrere læring frå tilsyn og uønska hendingar med anna forbetningsarbeid.

Alle alvorlige hendelser og tilsyn følges opp KPU.

Vi har deltatt på et læringemøte på tvers (helseforetak, kommunen og private ideelle DPS), og har delt andre aktuelle saker anonymt i DPS-ledernetverk.

- sikre at kunnskapsoverføring og læring på tvers som følgje av tilsyn og uheldige hendingar må bli ein sentral del av vidare operasjonalisering av forskrifta sine krav til leiing og kvalitetsforbetring.

Betanien sykehus har kontinuerlig fokus systematisk jobbing med endringer og forbedringer, jf. forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Se elles kommentar over.

3.2.7 Vaksinasjon av personell

Helse Vest RHF ber Betanien sykehus om å:

- leggje til rette for at alt personell kvart år får tilbod og oppmoding om sesonginfluensavaksine, slik at WHO og EU sin målsetting om minst 75 prosent vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan bli nådd.

I 2019 tok 52 % av de ansatte influensavaksinen, mot 46 % i 2018. Det er økende interesse for vaksinasjon, men det er fremdeles mange som ikke ser behovet for å la seg vaksinere. Argumentene er at de sjelden blir syke, at de har reagert på vaksinen før, eller at de har lite direkte pasientkontakt. I 2020 skal det gjennomføres kampanje direkte rettet mot enhet for psykisk helse siden det er der avdelingene med lavest oppslutning er organisert.

- bidra i arbeidet med etablering av felles måling av resultat for vaksinasjon av tilsette.

Vi måler antall vaksinerte ansatte på samme måte som Helse Vest, der vi regnar andel vaksinerte ut ifra antall ansatte. Tallene er basert på vaksiner som er satt. Vi har ikke tilgang til webport for å registrere tallene.