VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Handlingar
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
20 mars 2015

Föredragningslista

Sammanträde med sjukhusstyrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 20 mars 2015

Plats: Skaraborgs Sjukhus Falköping, konferensrum Oden.
Tid: Kl. 13.30 - 16.00.

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare
- Godkännande av föredragningslista
- Anmälan av tillkommande ärenden
- Föregående protokoll

Beslutsärenden

1. Patientsäkerhetsberättelse 2014 och plan 2015, samt information om ny patientlag, bilaga
   Föredragande Susanne Gustavsson
   Diarienummer SkaS 20-2015

2. Delegeringsordning Skaraborgs Sjukhus, bilaga
   Föredragande Madelén Schöldberg
   Diarienummer SkaS 80-2015

3. Arbetsordning för sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus, bilaga
   Föredragande Madelén Schöldberg
   Diarienummer SkaS 80-2015

4. Instruktion till sjukhusdirektören Skaraborgs Sjukhus, bilaga
   Föredragande Madelén Schöldberg
   Diarienummer SkaS 80-2015

5. Firmatecknare för Skaraborgs Sjukhus, bilaga
   Föredragande Madelén Schöldberg
   Diarienummer SkaS 80-2015

6. Motion av Eva Olofsson m.fl. (V) om att starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen, bilaga
   Föredragande Eva Sundström
   Diarienummer SkaS 292-2014

7. Anmälnings- och delegationsärenden, bilaga
   Diarienummer SkaS 1-2015

8. Övriga frågor.

Informationsärenden

A. Vårdbyggnad psykiatri
   Föredragande Eva Sundström

B. Ekonomisk rapport januari och februari 2015
   Föredragande Åsa Ranbro Jansson

C. Information från presidiet.
   Föredragande Ulla-Britt Hagström

D. Sjukhusdirektörens information
   Föredragande Lars Johansson

Ulla-Britt Hagström
ordförande

Protokoll

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus den 29 januari 2015

Tid: 13.50 -17.40
Plats: Lumber & Karle i Kvänum

Närvarande

Beslutande

Ulla-Britt Hagström, FP, ordförande
Johan Ask, S, vice ordförande,
Maria Radivoj, S
Christer Ahlén, S
Annika Håkanson, M
Torbjörn Colling, M
Lena Olofsdotter Jenemark, S för Ove Nordström, V
Linnéa Hultmark, C
Bo Bergsten, KD

Närvarande ersättare

Marcus Källander, M
Magnus Gunnarsson, MP

Justerare

Johan Ask, S

Datum och ort för justering

Kvänum § 6, 2015-01-29
§ 1- 5 2015-01-30

Underskrifter

Sekreterare: Lisbeth Jinnestål Fernow

Ordförande: Ulla-Britt Hagström

Justerare: Johan Ask

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Övriga närvarande

Lars Johansson, sjukhusdirektör, kl 13.50 - 17.40
Eva Sundström, stf sjukhusdirektör/servicechef, kl 13.50 - 17.40
Stefan Håkansson, chefläkare kl 13.50 - 17.40
Michael Malmborg, kommunikatör, kl 13.50 - 17.40
Lisbeth Jinnestål Fernow, sekreterare, kl 13.50 - 17.40
Martin Lundin, politisk sekreterare, SD kl 13.50 - 17.40

Föredragande
Lars Johansson, sjukhusdirektör
Eva Sundström, stabschef

Fackliga representanter
Lene Lorentzen, Vårdförbundet, kl 13.50 -17.40
Eva-Britt Dahl, Kommunal, kl 13.50 - 17.40
Ingela Fagerström, SACO, kl 13.50 - 17.40
Britt-Marie Hellström, Vision, kl 13.50 -17.40

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2015-01-29

Anslag/bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har gjorts offentlig genom anslag på Västra Götalandsregionens anslagstavla på Regionens Hus på Östergatan i Vänersborg.

Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
Sammanträdesdatum: 2015-01-29

§ 6 är omedelbart justerad 2015-01-29
Datum när anslag sätts upp: 2015-02-02
Datum när anslag tas ned: 2015-02-24
Förvaringsplats för protokollet: Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Underskrift: _____
Lisbeth Jinnestål Fernow

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:
UBH			

Genomgång av dagens ärenden

Godkännande av föredragningslista

Genomgång av dagens ärenden, föredragningslista och föregående protokoll
kl 13.50 - 14.00

Beslutssammanträde

Beslut av ärendena 1- 6 på föredragningslistan kl. 14.00 - 17.10
En övrig fråga anmäls kring uppdrag.

Mötesuppehåll

Kaffepaus 15.05 -15.35

Informationsärenden

Genomgång av informationsärenden skedde kl 17.10 - 17.40

1. Information från presidiet.
   - skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnd västra Skaraborg
   Föredragande Ulla-Britt Hagström
2. Sjukhusdirektörens information.
   - utlandsrekrytering av läkare och sjuksköterskor
   - utökning av vårdplatser
   - planering inför sommaren 2015
   Föredragande Lars Johansson
3. Information om lokaler.
   Föredragande Eva Sundström

§ 1

Årsredovisning Skaraborgs Sjukhus 2014

Diarienummer SkaS 20-2015

Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner årsredovisning 2014 för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har gått vidare med arbetet att samla sjukhusstrukturen i Skaraborg. Ett exempel är att fler verksamhetsområden blev SkaS-övergripande för att på så sätt underlätta gemensam planering och utnyttjande av sjukhusets resurser på ett gemensamt sätt.

För att nå nästa steg i denna utveckling inleddes ett förändringsarbete kring ledning och styrning under tidig höst. Ledningsstrukturen förändrades genom att ta bort områdesnivån och ledningsgruppen breddades då samtliga verksamhetschefer nu ingår i det direkta ledningsarbetet på SkaS nivå. Målet med förändringen var, förutom att tydliggöra styrning och ledning, att tillvarata resursen av erfarna, kompetenta och ansvarstagande chefer. Men även att öka delaktigheten för medarbetarna, stärka vi-känslan och stödja medarbetare som är engagerade i sitt arbete och i att utveckla och förbättra sina verksamheter.

Inför år 2014 hade stora åtgärder genomförts inom SkaS och många av dem innebar minskat antal medarbetare. Detta har kunnat genomföras genom ändrade arbetssätt, minskat antal vårdplatser med mera och där vårdgarantin kunde hållas uppe med stöd från regionala medel. Men med ökat inflöde att patienter och svårighet att bemanna innebar försämrade resultat under våren.

Sommarplaneringen och verksamheten under sommaren tydliggjorde bemanningsproblemet då stort inflöde av akut sjuka patienter bland annat påverkade tillgången på vårdplatser. Följden blev att den planerade vården påverkades också genom bristen på vårdplatser och personal. Sommaren innebar även att dyra bemanningslösningar fick vidtas, en kostnad som inte har kunnat arbetas in under hösten.

Den största utmaningen blir därmed för SkaS att starta arbetet med att säkra bemanningen och planera för en vårdstruktur som kan möta variationer under alla årets dagar.
Detta arbete startades under hösten då flera fokusgrupper statade som ska bidra med en bred kompetens för utvecklingsarbetet.

Under året har SkaS utvecklings- och förbättringsarbete fortsatt där varje enhets bidrag är viktiga för ett samlat resultat. Under 2014 har närsjukvårdsarbetet inom ramen för vårdsamverkan Skaraborg uppmärksammats inte bara inom Skaraborg utan även både regionalt och nationellt. Här kommer SkaS ha en framträdande roll i implementeringen inte bara inom SkaS område utan även för övriga områden i regionen.

Det arbete kring åtgärder som har genomförts och nu har startat upp igen utgår från ett ar-

betssätt med fokus på patientens väg genom vården, produktions- och kapacitetsplanering, utveckling av förändrings- och förbättringskultur och inte minst att tillvarata alla fyra sjukhusorternas potential med samarbete över verksamhetsgränserna.

SkaS står inför stora utmaningar de närmsta åren, till exempel:
- kompetensförsörjning och utveckling av sjukhuset till en attraktiv arbetsgivare
- möta och balansera den akuta och planerade vården där SkaS sjukhusorters möjligheter tas tillvara
- ta tillvara på de förbättrings- och utvecklingsarbeten som pågår på alla nivåer
- att anpassa verksamheten till ekonomiska ramar

Fördjupad beskrivning av ärendet

Tillgänglighet
Tillgängligheten till första besök och behandling var vid ingången av 2014 god. Under våren och sommaren försämrades tillgängligheten inom flera verksamhetsområden, till största del beroende på brist på läkare. Åtgärdsplaner togs fram för att förbättra tillgängligheten under hösten. Åtgärdsplanerna innefattade dels köp av vård hos externa vårdgivare och dels en utökad mottagningsverksamhet. Inom specialiteter där det var brist på läkare köptes resurser från bemanningsföretag. Under hösten förbättrades tillgängligheten och vid årets slut är tillgängligheten god till första besök och behandling.

Process
SkaS har sedan flera år bedrivit ett generellt förbättringsarbete benämnt Offensiv verksamhetsutveckling vilket utvecklats under året inom området för ständiga förbättringar. Arbetet har i första hand fokuserat på att tydliggöra interna och externa patientflöden/ processer samt att skapa strukturer för ständiga förbättringar. I detta arbete har bland annat ingått fortsatt utveckling med styr- och resultattavlor, förbättringsarbete samt strukturerade utvecklingsdialoger kring dessa. I förbättringsarbetet ingår det regionala arbetet med produktions- och kapacitetsplanering för att skapa effektivitet i vårdprocesserna.

Patientsäkerhet
SkaS arbetar systematiskt med att säkerställa vården gällande kvalitet och patientsäkerhet, där målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Arbetet bedrivs metodiskt med patientens bästa i fokus och involverar ett antal obligatoriska aktiviteter. Vidare är strävan att vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som ska kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. Det ska också innefatta ett arbete med förebyggande insatser. Exempel på aktiviteter som sker inom patientsäkerhetsområdet är infektionsregistrering, övervaka följsamheten till basala hygienrutiner, utbilda patientsäkerhetsombud och åtgärder för att minska läkemedelsrelaterade problem samt minska antalet överbeläggningar.

Medarbetare
För att kunna vara konkurrenskraftig och för att utveckla vården behöver SkaS vara den attraktiva arbetsgivare som idag krävs för att möta framtidens bemannings- och kompetensbehov. För att attraheras har bland annat ett tvåårigt strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor startats och som första sjukhus i landet har ett liknande introduktionsprogram skapats för nyutbildade undersköterskor. SkaS är sedan 2013 en del av Västsveri-

ges läkarutbildning via fjärde noden, vilket innebär en möjlighet att tidigt i läkarnas utbildning knyta kontakter och attrahera studenterna till att söka sig till SkaS.

Aktiviteter har genomförts av verksamheterna utifrån det resultat som framkom från den regionala medarbetarenkäten som genomfördes 2013. Prioriterade områden har bland annat varit att säkra kvaliteten och följsamheten till processerna, arbeta med förbättringsarbete samt stärka ledarskapet bland annat genom en utbildning till samtliga chefer i arbetsmiljö.

Ekonomi

SkaS har under året haft en negativ ekonomisk utveckling. En kostnadsutveckling som procentuellt sett har överstigit intäktsutvecklingen har medfört att resultatet per december uppgår till -55,9 miljoner kronor.

I resultatet för 2014 ingår kostnader för omställning och evakueringslokal på 26 miljoner kronor vilket motsvarar beviljat utnyttjande av eget kapital för dessa åtgärder. Resterande underskott på 30 miljoner kronor är ett resultat av att verksamheternas effektiviseringsåtgärder inte fått full effekt samt kostnadsökningar för utökade verksamheter, till exempel nystartad palliativ avdelning, läkarutbildning och strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor.

Personalkostnaden har varit hög men även kostnad för laboratorieanalyser, läkemedel och medicinskt material har haft en hög kostnadsutveckling under året, till största delen kopplat till ökade vårdvolymer, bland annat till följd av förbättrad följsamhet till medicinska riktlinjer och volymökningar för patientgrupper som kräver materialintensiva åtgärder.

Även omfattande ny- och ombyggnation medför ökade kostnader, bland annat för den evakueringspaviljong som uppförs i Skövde under 2014.

Uppföljning vårdöverenskommelse 2014

Uppföljningen av vårdöverenskommelsen sker löpande under året enligt fastställd uppföljningsplan. Uppföljningen delas upp i tre områden uppföljning av riktade, specificerade eller förändrade uppdrag som beställts lokalt, uppföljning av vårdens kvalitet med perspektiven från God Vård och uppföljning av beställd hälso- och sjukvård i form av volymer och ersättningar/kostnader (prestationer) samt målrelaterad ersättning.

En total sammanställning görs för året och sammanfattningsvis konstateras att uppföljningsområdena klaras på ett bra sätt.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen
regionstyrelsen@vgregion.se

§ 2

Tillägg till detaljbudget 2015

Diarienummer SkaS 265-2014

Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner tillägg till detaljbudget 2015

Sammanfattning av ärendet

Med anledning av att regionfullmäktige har fattat beslut om en justerad budget för 2015 (RS 16-2014, 2014-11-25) har Östra hälso- och sjukvårdsnämnden tecknat en tilläggsöverenskommelse till nämnda vårdöverenskommelse 2015. Utöver regionfullmäktiges beslut om budget 2015 enligt ovan har RS fattat beslut om tillägg till planeringsdirektiv för 2015 (RS 16-2014, 2014-12-09). Tillägget till detaljbudgeten baseras på den justerade budgeten för 2015 och planeringsdirektiven.

Tilläggsbudgeten innebär bland annat följande förändringar har inarbetats:

- Ersättningsutrymme ökar med 75 mnkr. Utökningen är SkaS andel av RF satsning till sjukhusen för att täcka obalanser.
- Effektiviseringskrav motsvarande 1,0 procent
- Medel för ortopediplanen där det avsatta utrymmet är 5 mnkr men innebär inte någon reell förändring vad gäller uppdrag och ersättning.
- Medel för tillgänghetssatsning där det avsatta utrymmet för SkaS uppgår till 5 mnkr.

Resultatbudget (mnkr)	Budget 2014	Utfall 2014	Budget 2015
Statsbidrag	10,0	11,1	10,0
Patientavgifter	67,8	69,1	67,2
Såld vård internt	3 318,8	3 324,4	3 483,1
Såld vård externt	33,3	34,9	34,7
Försäljning av material, varor och tjänster	68,0	66,3	60,3
Övriga intäkter	170,8	261,4	125,8
Verksamhetens intäkter	**3 668,7**	**3 767,3**	**3 781,1**
Personalkostnader	-2 282,4	-2 281,0	-2 342,4
Inhyrd personal, bemanningsföretag	0,0	-43,8	0,0
Köpt vård	-40,2	-54,9	-37,1
Läkemedel	-401,4	-406,6	-421,8
Lokalkostnader	-252,0	-260,8	-256,0
Material, varor och tjänster	-573,8	-629,8	-584,0
Övriga kostnader	-60,0	-74,7	-64,7
Avskrivningar	-69,0	-67,9	-71,0
Verksamhetens kostnader	**-3 678,7**	**-3 819,6**	**-3 777,1**
Regionbidrag	0,0	0,0	0,0
Finansiella intäkter/kostnader m.m.	-4,0	-3,7	-4,0
Resultat	**-14,0**	**-55,9**	**0,0**

Beslutet skickas till

rapport@vgregion.se

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:
UBH			

§ 3

Tilläggsöverenskommelse om sjukhusvård 2015 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och Skaraborgs Sjukhus (SkaS)

Diarienummer SkaS 233-2014

Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner för sin del tillägg till vårdöverenskommelsen 2015 med hälso- och sjukvårdsnämnden.

2. Totala ersättningen för vårdöverenskommelsen uppgår därmed för år 2015 till 3 379 168 tusen kronor.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsnämnderna för västra och östra Skaraborg och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har i november/december 2014 fattat beslut om vårdöverenskommelse 2015. Med anledning av att regionfullmäktige har fattat beslut om en justerad budget för 2015 (RS 16-2014, 2014-11-25) har Östra hälso- och sjukvårdsnämnden tecknat en tilläggsöverenskommelse till nämnda vårdöverenskommelse 2015. Utöver regionfullmäktiges beslut om budget 2015 enligt ovan har RS fattat beslut om tillägg till planeringsdirektiv för 2015 (RS 16-2014, 2014-12-09). Tilläggsöverenskommelsen baseras på den justerade budgeten för 2015 och planeringsdirektiven.

Tilläggsöverenskommelsen innebär följande förändringar:

- Index för 2015 uppgår till 1,7 procent efter avdrag för effektiviseringskrav motsvarande 1,0 procent.

- SkaS ersättningsutrymme ökar därutöver med 75 mnkr. Utökningen är SkaS andel av RF satsning till sjukhusen för att täcka obalanser. Utökningen medför inte något utökat prestationskrav. SkaS ersätts genom ett riktat uppdrag.

- Medel för att finansiera ortopediplanen återförs till Hälso- och sjukvårdsnämnderna. SkaS ersätts efter utförda prestationer. Det avsatta utrymmet är 5 mnkr och innebär inte någon reell förändring vad gäller uppdrag och ersättning.

- Medel för tillgänghetssatsning överförs från regionstyrelsen till Hälso- och sjukvårdsnämnderna. Ersättning betalas till SkaS efter avrop och utförda prestationer. Det avsatta utrymmet för SkaS uppgår till 5 mnkr.

I övriga delar gäller den vårdöverenskommelse som är beslutad enligt ovan.

Ersättning

Prestationer utgör grund för fakturering enligt regionens ersättningsmodell. Ersättningsformerna för olika typer av prestationer beskrivs i vårdöverenskommelsen bilaga 3. En del i uppföljningsplanen för vårdöverenskommelsen innebär att SkaS månadsvis ska leverera uppgifter avseende utförd vård. Total ersättning för vårdöverenskommelsen 2015 uppgår till 3 379 168 tusen kronor.

Förändringsposter år 2015

Verksamhet	Ersättning (tkr)
Ersättning 2014	
Grundöverenskommelse 2014	3 245 667
Tilläggsöverenskommelse 2014 Uppdrag smärta	2 500
Förändringar 2015	
Indexupräkning (2,7% -1% effektiviseringskrav)	55 176
Finansiering medicinska hjälpmedel VGPV till HSN	-4 300
Förtroendeförskrivning mot Habilitering&Hälsa	550
Matrisjustering från övriga nämnder	1 269
Besparing konsult-, konferens- och	-464
FOU-finansiering överförd till HSU	-12 064
Finansiering jämställda löner 2013-15	18 831
Käkkirugiuppdrag ej separat överenskommelse	7 003
Omställningsstöd	20 000
Minskat utrymme pga ny resursfördelningsmodell	-30 000
Ersättning obalanser enligt tilläggsbudget	75 000
	3 379 168
Förändring	**133 501**
Procent	**4,1%**

Beslutet skickas till

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
hsnk@vgregion.se

§ 4

Motion av Nicklas Attefjord (MP) och Göran Larsson (MP) om nollvision för bältning

Diarienummer SkaS 258-2014

Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår regionfullmäktige att bifalla motionen om nollvision för bältning och avskiljning inom barn- och ungdomspsykiatrin.
2. Sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri får i uppdrag att utreda och föreslå alternativa behandlingsmetoder till bältning och avskiljning.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen har remitterat en motion till Skaraborgs Sjukhus (SkaS) för yttrande. Motionen är undertecknad av Nicklas Attefjord (MP) och Göran Larsson (MP).

Enligt motionen är bältesläggning en omtvistad metod som riskerar att försvåra vården genom det trauma som det innebär att bli fastspänd. Med hänvisning till barnombudsmannens rapport *Bryt tystnaden* från 2014 uppges att det finns en underrapportering av tvångsåtgärder mot barn inom psykiatrin och att dokumentationen av åtgärderna ibland är mycket bristfällig.

I motionen föreslås att regionen ska anta en nollvision för bältesläggning och avskiljning inom barn- och ungdomspsykiatrin, att nya regionala riktlinjer tas fram som överensstämmer med nollvisionen och att kompetensen och kontinuiteten inom barn- och ungdomspsykiatrin ökas så att registrering och dokumentation görs på ett rättssäkert sätt.

Lisbeth Berglund Åkerstedt, verksamhetschef för verksamhetsområde M6 där bland annat barn- och ungdomspsykiatrin finns, har tagit del av motionen. I sin kommentar skriver Lisbeth att hon inte har något att invända mot en nollvision men att det i nuläget inte är realistiskt att tro att man ska kunna bedriva tvångsvård helt utan dessa tvångsmedel. För att nollvisionen ska kunna realiseras bör därför regionfullmäktige ge sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri i uppdrag att utreda och föreslå alternativa behandlingsmetoder till bältning och avskiljning.

När det gäller de brister i dokumentation och rapportering av tvångsåtgärder som nämns i barnombudsmannens rapport talar man om skillnader i landet och mellan vårdenheter. Av rapporten kan man inte dra slutsatsen att bristerna även gäller Västra Götalandsregionen. Däremot kan barnombudsmannens rapport ge anledning att se över att detta sköts i enlighet med de regler och riktlinjer som finns.

Beslutet skickas till

regionstyrelsen@vgregion.se

§ 5

Anmälnings- och delegationsärenden

Diarienummer SkaS 1-2014

Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutar lägga anmälningsärendena till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet

Anmälningslistan var utsänd inför mötet och handlingarna fanns att tillgå i sammanträdeslokalen.

§ 6

Övriga frågor

Ny vårdbyggnad psykiatri Skaraborgs Sjukhus Falköping

Diarienummer SkaS 238-2013, RS 16-2014

Beslut

1. Styrelsen för SkaS efterfrågar ett uppdrag kopplat till de frågeställningar som finns i regionstyrelsens investeringsbeslut § 609 punkt 6, 2014-12-09.

2. Beslutet justeras omedelbart.

Sammanfattning

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har lämnat in behovsbeskrivning kring vårdbyggnad psykiatri för fortsatt regional beredning och förväntat beslut i budgetbeslutet juni 2014. Investeringsbeslutet togs i regionstyrelsen 2014-12-09, i detta beslut var denna behovsbeskrivning inte godkänt utan i underlaget efterlystes kompletterande svar kring lokalitet, samt nedanstående punkter:

- SkaS Falköping utan närhet till somatisk akut
- Efterfråga alternativa lösningar till föreslagen nominering

Beslutet skickas till

regionstyrelsen@vgregion.se

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 1

Patientsäkerhetsberättelse 2014 och plan 2015.
Diarienummer SkaS 20-2015

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-03-11
Diarienummer SkaS 20-2015

Patientsäkerhet
Handläggare: Susanne Gustavsson
E-post: susanne.m.gustavsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Patientsäkerhetsberättelse 2014 och plan 2015

Förslag till beslut

1. Godkänna patientsäkerhetsberättelse 2014 och plan 2015 för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Patientsäkerhetsberättelse 2014
Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har en ”nollvision” för vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Sjukhuset strävar efter att ha en öppen dialog kring patientsäkerhetsarbetet – ”en icke straffande kultur” som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. Synpunkter och information om upplevelser och händelser från patienter och närstående ses som ett viktigt bidrag till kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. SkaS arbetar för att skapa en större delaktighet från patienter och närstående i att ständigt utveckla och förbättra processer. De uppmuntras att dela med sig av sina erfarenheter, till exempel genom att beskriva upplevda avvikelser som registreras i avvikelsehanterings-systemet. Inom vuxenpsykiatrin medverkar en patient som ”attitydambassadör” och ingår som en naturlig del av strukturen kring kvalitets- och patientsäkerhets-arbetet.

Ett intensivt arbete pågår med att framförallt skapa god och säker vård för äldre patienter, t.ex. genom vårdplaneringsteam, närsjukvårdsteam och telefonuppföljning. Sjukhuset lägger stor kraft på riktade aktiviteter inom fokusområdena trycksår, fall, undernäring, vårdrelaterade infektioner, läke-medelsrelaterade problem och kommunikation. Ökat genomförande av riskanalyser för att förebygga vårdskador och brister i arbetsmiljö är påvisat under 2014.

Patientsäkerhetsplan 2015
SkaS ska under 2015 aktivt arbeta för en hållbar utveckling av säkra patientprocesser. Patientsäkerhetsarbetet sker utifrån ett hälsofrämjande, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv (ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning) och i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientlagen (2013:14). I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är processarbete, samverkan, riskhantering och egenkontroll centrala begrepp, vilket också kännetecknar SkaS patientsäkerhetsplan. Ledningssystem för patientsäkerhet finns inkluderat i sjukhusets webbaserade ledningssystem.

Bilaga

Patientsäkerhetsberättelse 2014, Plan 2015

Dnr: SkaS 20-2015

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Patientsäkerhetsberättelse för Skaraborgs Sjukhus

Avseende år 2014

2015-02-09

Lars Johansson, sjukhusdirektör

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	7
Samverkan för att förebygga vårdskador	10
Riskanalys	11
Händelseanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	12
Hantering av klagomål och synpunkter	13
Sammanställning och analys	13
Samverkan med patienter och närstående	16
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	17
Resultat	21
Övergripande mål och strategier för kommande år	32
Bilaga 1. Riskanalys	33
Bilaga 2. Händelseanalys	35
Bilaga 3. Patientsäkerhetsplan 2015	
Bilaga 4. Handlingsplan för patientsäkerhetskultur	

Sammanfattning

Skaraborgs sjukhus (SkaS) har en ”nollvision” för vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Sjukhuset strävar efter att ha en öppen dialog kring patientsäkerhetsarbetet – ”en icke straffande kultur” som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan.

Risker för vårdskador identifieras på flera olika sätt, bland annat genom riskanalyser vid större förändringar i verksamheten och i befintliga processer. Risker för patienternas säkerhet identifieras också genom reflektion och analys av tillbud och avvikelser. När risker identifierats utarbetas handlingsplaner för genomförande av förbättringar som ska leda till bättre säkerhet. Handlingsplanerna följs upp av ansvarig verksamhetschef och goda förbättringar sprids till andra verksamheter.

Synpunkter och information om upplevelser och händelser från patienter och närstående ses som ett viktigt bidrag till vårt kvalitets-/patientsäkerhetsarbete. Vi arbetar på SkaS för att skapa en större delaktighet från patienter och närstående i att ständigt utveckla och förbättra processer. Patienter och närstående uppmuntras att dela med sig av sina erfarenheter, till exempel genom att beskriva upplevda avvikelser som registreras i avvikelsehanteringssystemet. Inom vuxenpsykiatrin har en patient anställts som ”attitydambassadör” och ingår som en naturlig del av strukturen kring kvalitets-/patientsäkerhetsarbete.

Ett intensivt arbete har pågått med att framförallt skapa god och säker vård för äldre patienter, t.ex. genom vårdplaneringsteam, närsjukvårdsteam och telefonuppföljning. Sjukhuset lägger stor kraft på riktade aktiviteter inom fokusområdena trycksår, fall, undernäring, vårdrelaterade infektioner, läkemedelsrelaterade problem och kommunikation. Ökat genomförande av riskanalyser för att förebygga vårdskador och brister i arbetsmiljö är påvisat under 2014.

Under höstens punktprevalensmätning av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler, låg följsamheten på SkaS på 73 % inom slutenvården. Detta innebär att SkaS uppnått sitt mål på > 72 % följsamhet under 2014. Följsamheten har ökat från 65 % till 73 % på ett år, vilket är en hög förbättringstakt. Andelen vårdrelaterade infektioner vid höstens prunkprevalensmätning var 7,3 %, vilket är bättre än genomsnittet i VGR och riket. Skaraborgs sjukhus ligger också bra till när det gäller förekomst av trycksår jämfört med övriga VGR och riket. Trots intensivt patientsäkerhetsarbete och bra resultat när det gäller trycksår och vårdrelaterade infektioner så kan man se en ökning av andelen vårdskador per vårdtillfälle vid journalgranskning och antalet registrerade vårdskador i avvikelsehanteringssystemet har också ökat jämfört med föregående år. Det finns dock ett stort engagemang och intresse kring patientsäkerhetsfrågor hos medarbetarna vilket bland annat visar sig i 15 038 sidvisningar under 2014, av ”Patientsäkerhetswebben” på SkaS intranät.

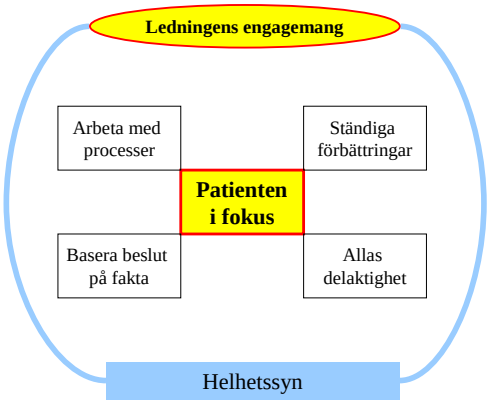
Övergripande mål och strategier

Säker vård – Utdrag ur SkaS styrkort

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) arbetar systematiskt med patientsäkerhet. Vi ger en vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan.

Säker vård är en kritisk framgångsfaktor i processperspektivet. Patientsäkerhetsarbetet bedrivs metodiskt och med patientens bästa i fokus. Medborgarna ska känna ett förtroende för att SkaS gör allt man kan för att patienter inte skall bli sjuka eller skadade i sin kontakt med vården. Därför ska vårdrelaterade skador och infektioner minimeras. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet är patienten/närstående involverade.

I SkaS ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är processarbete, samverkan, riskhantering och egenkontroll centrala begrepp. Principerna för offensiv verksamhetsutveckling är basen för sjukhusets systematiska kvalitetsarbete och består av flera aktiviteter med olika angreppssätt och verktyg som stöd.



Figur 1 Principer för offensiv verksamhetsutveckling Bergman & Klefsjö, 2012

Skaraborgs sjukhus har en ”nollvision” för vårdskador. Målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Sjukhuset strävar efter att ha en öppen dialog kring patientsäkerhetsarbetet – ”en icke straffande kultur” som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. SkaS patientsäkerhetsarbete harmoniserar med Västra Götalandsregionens inriktningsmål för patientsäkerhet i ”God vård”. Varje år upprättas en patientsäkerhetsplan på SkaS som följs upp i patientsäkerhetsberättelsen.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

I enlighet med patientsäkerhetslagen har alla medarbetare på SkaS ett ansvar för att medverka till en god och säker vård för patienten. Verksamhetscheferna ansvarar för att möjlighet till patientsäkerhetsarbete ges samt övervakar och förbättrar patientsäkerheten inom sitt verksamhetsområde. Daglig uppföljning och styrning genomförs vid ”förbättringstavlor” på enhetsnivå. Sjukhusets ledningsgrupp övervakar och följer upp det patientsäkerhetsarbete som bedrivs på sjukhuset. Patientsäker-

hetsarbetet bedrivs såväl i linjen som i utvecklingen av patientprocesser. På ledningsmöten är patientsäkerhet ofta en stående punkt på agendan.

Till stöd för patientsäkerhetsarbetet fanns under 2014 en sjukhusövergripande chefläkarfunktion. Funktionens uppdrag var att stödja och initiera såväl operativa som strategiska frågor när det gäller patientsäkerhet. Chefläkare ansvarar för lex Maria anmälan vid allvarliga vårdskador enligt sjukhusets lokala rutin. Under året har chefläkarfunktionen utökats med en utvecklingsledare med inriktning för omvårdnadsfrågor. Tidigare fanns två chefläkare, en chefsjuksköterska och en sekreterare med juridisk kunskap. Chefläkarfunktionen har under året haft ett nära samarbete med övriga stabsfunktioner.

På områdes- och verksamhetsnivå har det funnits verksamhetsutvecklare som bidragit med kunskap, metoder och verktyg för patientsäkerhetsarbete. Nätverksträffar för verksamhetsutvecklare har förekommit varje månad då representant från chefläkarfunktionen deltagit med en stående punkt - patientsäkerhet. Verksamhetsutvecklarna fungerar också som analysledare för risk- och händelseanalys. Chefläkarfunktionen har varit sammankallande för nätverksträffar för risk- och händelseanalysledare vid två tillfällen under 2014.

På flera enheter finns lokala patientsäkerhetsombud som varit ett stöd och drivande kraft i det dagliga praktiska arbetet kring patientsäkerhetsfrågor. Patientsäkerhetsombudets funktion är att samverka med enhetschef och/eller verksamhetschef kring patientsäkerhetsfrågor inom enheten/verksamheten. Samverkanspartner och metodstöd är områdets verksamhetsutvecklare samt eventuella andra ombud som hygienombud, fallombud, trycksårsombud, kostombud och läkemedelsansvarig sjuksköterska/läkare. Patientsäkerhetsombudet ska känna till patientsäkerhetslagens innehåll och ha en god kännedom om SkaS patientsäkerhetsarbete. Arbetsuppgifter och ansvar innehåller att:

- Vara en pådrivande kraft när det gäller enhetens/verksamhetens patientsäkerhetsarbete
- Utifrån sina kunskaper om patientsäkerhetsfrågor kunna se/uppfatta eventuella brister och meddela dessa till ansvarig chef
- Medverka till att synliggöra och stödja arbetet med verksamhetens avvikelser
- Medverka i enhetens/verksamhetens egenkontroll av patientsäkerhetsarbete
- Medverka vid patientsäkerhetsgenomgångar
- Kunna ge råd och anvisningar till sina arbetskamrater angående patientsäkerhet
- Informera nyanställda och studenter om enhetens patientsäkerhetsarbete

Övrigt stöd till patientsäkerhetsarbetet var bland annat en lokal STRAMA-grupp, vårdhygienenheten, läkemedelsenheten, processtöd och samordnare för hälsofrämjande sjukhus. Stödfunktioner finns också sjukhusövergripande kopplade till specifika patientsäkerhetsområden så som: fall, undernäring, trycksår, läkemedel, vårdrelaterade infektioner och kommunikation. Dessa stödfunktioner består av uppdragsägare, uppdragsledare (med 25 % avsatt arbetstid för uppdraget) och arbetsgrupper med representanter från sjukhusets verksamheter. Uppdragsledarna träffades regelbundet under året i ett nätverk tillsammans med chefläkarfunktionen och dessutom vid individuella tillfällen för varje separat uppdrag.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Patientsäkerhetsarbetet är kopplat till mål och strategier i sjukhusets styrkort. Uppföljning av patientsäkerhetsmått sker regelbundet via förbättrings- och styrtavlor på enhets-, verksamhets- och sjukhusövergripande nivå. Sjukhusledningen har haft tema patientsäkerhet vid ett tillfälle under våren 2014. Uppföljning sker också vid regelbundna styrkortsdialoger mellan sjukhusledning och verksamhetsledningar. Speciella patientsäkerhetsgenomgångar har genomförts inom några verksamhetsområden.

På sjukhusets intranät finns en ”patientsäkerhetswebb” med syfte att sprida kunskap, nyheter och förbättringar kopplade till patientsäkerhet. Här kan sjukhusets resultat följas avseende sjukhusövergripande patientsäkerhetsmått, vilka också länkas till ”uppföljningsportalen” på SkaS intranät.

Vårdskador mäts på flera olika nivåer inom organisationen. På en sjukhusövergripande nivå genomfördes regelbundet journalgranskning av 30 journaler/månad via metoden markörbaserad journalgranskning (MJG tidigare GTT). Resultatet av granskningarna återfördes regelbundet till sjukhusets ledningsgrupp, som initierar förbättringsarbete utifrån resultatet. Samtliga resultat har rapporterats i SKLs databas för markörbaserad journalgranskning. Det sjukhusövergripande granskningsteamet genomförde under år 2014 också klinikvisa granskningar med 10 slumpmässigt utvalda journaler per månad och klinik, inom sex medicinska verksamhetsområden, både opererande och icke opererande specialiteter. Tre alternativt sex månader granskades per klinik. Avstämning gjordes därefter med respektive kliniks ledningsgrupp, patientsäkerhetsombud och av klinikledningen inbjudna. Kort introduktion av metoden gjordes och klinikens resultat gicks igenom. Vid mötet diskuterades förbättringsområden utifrån resultatet och en preliminär handlingsplan skrevs. Uppföljningsmöte och ny journalgranskning planeras 3-6 månader efter avrapporteringen.

Sjukhuset deltar i nationella punktprevalensmätningar avseende trycksår, vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner/klädregler. Patientsäkerhetskulturmätning sker vartannat år och genomfördes senast under 2013. Mätningarnas resultat presenteras för alla medarbetare via intranät och nyhets brev (Pulsen) både på sjukhusövergripande nivå samt på enhetsnivå. Verksamhetschefer och enhetschefer initierar förbättringsarbete utifrån sitt eget resultat.

Dokumentation i ”Infektionsverktyget” via läkemedelsmodulen är igång. Dessvärre har data inte kunnat användas för uppföljning och egenkontroll i någon större utsträckning ännu då den inte är kvalitetssäkrad, främst av tekniska fel.

Sjukhusets STRAMA-grupp övervakar och analyserar lokala resistens- och förskrivardata samt följsamhet till regionala riktlinjer med särskilt fokus på resistensdrivande alternativ.

Uppföljning genom egenkontroll

Skaraborgs sjukhus har en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten när det gäller patientsäkerhet. På olika nivåer inom organisationen finns tydliga mål och mått som visualiseras på styr-/förbättringstavlor. Flera enheter genomför lokala mätningar av följsamhet till rutiner som påverkar patientsäkerhet, till exempel följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och följsamhet till riktlinjer för skötsel av perifer venkateter. Det sjukhusövergripande resultatet redovisas på SkaS intranät. Patientsäkerhetswebben på intranätet hade 15 038 visningar/besök under 2014, vilket visar på att medarbetarna aktivt söker kunskap och nyheter kopplat till patientsäkerhet. Resultat och analys av egenkontroll redovisas under rubriken resultat.

Avvikelser

Regelbunden uppföljning av avvikelser sker kontinuerligt på olika nivåer i organisationen, en avvikelsegrupp med representanter från alla områden och chefläkarfunktionen träffas regelbundet för att systematiskt granska avvikelser och förbättra rutiner kring avvikelsehantering. Avvikelser analyseras också i en gemensam avvikelsegrupp i vårdsamverkan Skaraborg. En person från chefläkarfunktionen har deltagit i regionala utvecklingsmöten kopplade till MedControl Pro och under 2014 har verksamhetsutvecklare utbildats i hur man skapar egna Cognosrapporter från avvikelsehanteringssystemet.

Målgruppsundersökningar

Patientsäkerhetskulturmätning via enkät genomfördes under våren 2013 och sker regelbundet vartannat år, alla medarbetare på sjukhuset deltog (3760 enkäter) 83,1 % svarsfrekvens. Chefläkarfunktionen ansvarade tillsammans med en verksamhetsutvecklare från varje område för genomförandet av mätningen. Det sjukhusövergripande resultatet kommunicerades av chefläkarfunktionen, på verksamhetsnivå var verksamhetschef ansvarig för att kommunicera, analysera och agera på resultatet av mätningen. Alla enhetschefer har tillgång till sitt eget och andra enheters resultat i den nationella databasen. Ny mätning planeras våren 2015.

Punktprevalensmätningar

Vårdrelaterade infektioner-VRI

Genomfördes två gånger, vår och höst på alla slutenvårdsenheter. Vårdhygienfunktionen ansvarade för mätningen och höll kontakt med sjukhusets enheter.

Basala hygienrutiner och klädregler

Chefläkarfunktionen ansvarade för genomförandet av mätningarna i samarbete med vårdhygien och en verksamhetsutvecklare från varje område. Mätningarna genomfördes två gånger på alla enheter (utom rättspsykiatri och öppenvårdspsykiatri) 37 slutenvårdsenheter och 51 öppenvårdsenheter. Chefläkarfunktionen återförde resultatet både på sjukhusövergripande nivå och per enhet till sjukhusets ledningsgrupp samt presenterade det på patientsäkerhetswebben och i nyhetsblad.

Trycksår

Mätningen genomfördes en gång under våren 2014 på alla patienter på alla slutenvårdsenheter (totalt 37 stycken enheter). Uppdragstagare för patientsäkerhetsuppdrag trycksår ansvarade för genomförandet av mätningen i samverkan med trycksårsombud/patientsäkerhetsombud på enheterna. Resultatet kommunicerades ut på enhetsnivå till enhetscheferna via chefläkarfunktionen.

Kvalitetsregister - Senior Alert

Skaraborgs sjukhus är anslutet till kvalitetsregistret Senior Alert. Tidigare har flera avdelningar deltagit i registreringen. Registreringen upplevdes dock som tidskrävande på grund av dubbeldokumentation och utan att leda till nytta för patienterna. Därför beslutade deltagande avdelningar under 2014 att avsluta sin registrering. Önskvärt vore att det fanns en koppling mellan patientjournalen och kvalitetsregistret så att manuell handläggning av registrering i registret kan undvikas.

Granskning av journaler

En sjukhusövergripande grupp ansvarar för arbetet med markörbaserad journalgranskning (MJG) på SkaS. Granskarna rapporterar direkt till och kommunicerar utvecklingsfrågor med chefläkarfunktionen. Skaraborgs Sjukhus påbörjade journalgranskning med GTT under 2010, med journaler från 2009 som utgångsår. Enligt metoden granskas 30 slumpvis utvalda journaler per månad, vid två granskningstillfällen med 15 journaler vardera. Minst två granskare arbetade tillsammans vid varje granskningstillfälle. Granskarna har medicinsk kompetens och är minst sjuksköterskor. Granskningsuppgiften delas på fyra personer (verksamhetsutvecklare). Deltagande läkare representeras av både medicinsk och kirurgisk specialitet (tre personer). Slumpvis urval av patientjournaler sker enligt följande:

- Sjukhusvårdtillfällen
- Vårdtillfällen äldre än 30 dagar
- Somatisk slutenvård, vårdtid > 24 timmar
- Patienter > 18 år
- Komplett journal, datajournal och eventuell pappersjournal
- Journalgranskningen sker tidigast två månader efter utskrivning.

Sjukhusövergripande mått är de som föreslås i handboken och dessa redovisas månadsvis på intranätet/patientsäkerhetswebben och på sjukhusledningens styrtavla:

- Antal vårdskador/1000 vårddagar
- Antal vårdskador/100 vårdtillfällen
- Procentuell andel av vårdtillfällen med vårdskada
- Vårdskador per allvarlighetsgrad, kategori E-I, ackumulerad data

Läkemedelsberättelser

Alla patienter som vårdats på SkaS har rätt att få en läkemedelsberättelse vid utskrivning. Läkemedelsberättelsen dokumenteras under sökordet ”läkemedelsinformation” i mallen ”utskrivningsinformation” i Melior. Under 2014 har arbete påbörjats med att skapa en Cognosrapport som hämtar

information från dokumentation i Melior. I rapporten ska resultat kunna följas på enhetsnivå såväl som på sjukhusövergripande nivå.

Patientsäkerhetsmallar

I patientsäkerhetsmallarna i Melior, dokumenteras riskbedömning, vårdplan, genomförda åtgärder och utvärdering av trycksår, fall och undernäring. Under 2014 har sjukhuset kunnat börja följa hur bra följsamheten är till att dokumentera i patientsäkerhetsmallarna via Cognosrapport från Melior.

Infektionsverktyget/Antibiotika förskrivning

STRAMA-gruppen har till uppgift att analysera lokala resistens- och förskrivningsdata samt följsamhet till regionala riktlinjer med särskilt fokus på resistensdrivande alternativ. Det arbetet bygger helt på ett väl fungerande infektionsverktyg. Infektionsverktyget installerades och började användas under 2014. Dessvärre har det hela tiden uppstått stora tekniska problem varför verktyget inte fungerar tillfredsställande för att kunna använda utdata. I dagsläget genomförs arbetet på kliniknivå med stöd av STRAMA-gruppen. Resultaten presenteras då på kliniknivå.

Förhoppningsvis skall infektionsverktyget vara under full drift 2015 och vi kan då på så vis få bättre rapporter.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

Skaraborgs Sjukhus deltar i patientsäkerhetsprojekt via LÖF när det gäller förlossningsskador, PRISS (protesrelaterade infektioner ska stoppas) och säker bukkirurgi, där revision av verksamheternas patientsäkerhetsarbete ingår.

Patientsäkerhetsgenomgångar

På SkaS genomfördes ett flertal patientsäkerhetsgenomgångar av olika art inom olika verksamheter.

Riskanalys inför sommarsituationen

Inför sommaren 2014 gjordes en sjukhusövergripande sammanställning av de risker som identifierats inom olika verksamheter på sjukhuset, både kopplat till patientsäkerhet och arbetsmiljö. En handlingsplan skapades och efter sommaren utvärderades de genomförda åtgärderna och resultat. En speciell utvärdering av patientsäkerhetssituationen under sommaren baserad på registrerade avvikelser gjordes också.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I samverkan med kommuner och primärvård i Skaraborg finns en arbetsgrupp för gemensamma avvikelser. Alla avvikelser som uppstår mellan de olika förvaltningarna granskas på systemnivå för att identifiera förbättringsområden. Gemensamt händelseanalysarbete har genomförts vid allvarliga vårdskador över förvaltningsgränserna. Patientgrupper som är speciellt utsatta är äldre patienter som vårdas på sjukhus och behöver kommunal hälso- och sjukvårdsinsats vid utskrivning. Samverkan för att förebygga patientsäkerhetsrisker för de äldre patienterna pågår ständigt i utvecklingen av närsjukvårdsprocessarbetet i Skaraborg. På SkaS finns ett etablerat processarbete för samordnad vårdplanering-SVPL. En processgrupp ansvarar för att övervaka och utveckla sjukhusets arbete med samordnad vårdplanering samt hantering av IT-stödet KLARA. Det finns också flera vårdplaneringsteam som bistår avdelningarnas sjuksköterskor vid samordnad vårdplanering.

Närsjukvårdsteam

Mobil närvård, där närsjukvårdsteam, hemsjukvårdsläkare och palliativt team arbetar tillsammans med den kommunala vården, håller på att breddinföras i Skaraborg. Närsjukvårdsteamen som ansvarar för den specialiserade sjukvården av de mest sjuka äldre och instabila patienterna, utgår från sjukhuset och har under hösten 2014 startat upp i Södra Skaraborg (finns sedan tidigare i västra Skaraborg). Arbetssättet som bygger på mobilitet är symtombaserat och personcentrerat. Vården sker i första hand i hemmet och målet är att göra det dagliga livet så bra som möjligt och skapa trygghet för den som är inskriven och dess närstående. För att uppnå en god patientsäkerhet görs riskbedömningar i hemmet tillsammans med sjuksköterska från kommunen.

Uppföljning inom 48-72 timmar efter utskrivning

Ett pilotprojekt har avslutats där uppföljning gjorts 48-72 timmar efter utskrivning. Personer över 75 år samt patienter med ökad risk för återinläggning har ringts upp av en sjuksköterska enligt ett standardiserat arbetssätt. Det som uppmärksammas är att i över hälften av fallen har någon form av åtgärd skett och det är läkemedel som är den klart största åtgärden. Kontakt med primärvården för snabbare uppföljning, vårdplanering i hemmet efter kontakt med kommunen och kontakt med närsjukvårdsteam är andra åtgärder som skett. Detta arbetssätt håller på att spridas till flera avdelningar på SkaS och ett gemensamt sätt att dokumentera och följa upp arbetet har tagits fram. Resultat från uppföljningarna ger stöd om vad som behöver förbättras vid utskrivning från sjukhuset.

Vårdplaneringsteam

Vårdplaneringsteam startade 2012 på SkaS Lidköping och arbete med att införa vårdplaneringsteam på alla somatiska avdelningar på SkaS har pågått under 2014. Ett fåtal avdelningar återstår och dessa planeras ingå under våren 2015.
Målet med verksamheten är att skapa en säker och effektiv vårdplaneringsprocess på Skaraborgs Sjukhus. Sjuksköterskorna i teamet har även utbildningsansvar i rutiner kring Samordnad vårdplanering.
Utvärdering har skett och resultatet visar att kontakten, informationsöverföringen och förberedelse av patient och anhörig förbättrats. Kommunerna uppger att kvaliteten vid samordnad Vårdplanering har ökat.

Riskanalys

Riskanalyser sker på individnivå avseende patientsäkerhetsrisker. På alla patienter som är 65 år eller äldre ska en riskbedömning avseende trycksår och fall alltid genomföras inom 24 timmar från inskrivning. På alla patienter 18 år eller äldre ska riskbedömning för undernäring genomföras. Informationen dokumenteras i patientsäkerhetsmall i patientens journal där också åtgärder och uppföljning dokumenteras.

I SkaS patientsäkerhetsplan finns riskanalys med som en aktivitet att genomföra i varje befintlig patientprocess samt vid större förändringar i verksamheten. På SkaS finns en lokal rutin för riskanalys som ingår i sjukhusets ledningssystem. Det är en gemensam modell för riskanalys avseende perspektiven patientsäkerhet, arbetsmiljö och yttre miljö. SkaS-modellen utgår från Socialstyrelsens modell. Teamen som genomförde dessa riskanalyser är sammansatta enligt Socialstyrelsens rekommendationer: en analysledare med metodkunskap (som också dokumenterar), en teamledare som sammankallar, teammedlemmar med kunskap om verksamheten från olika yrkeskategorier, vid behov tas referensmedlemmar med t.ex. från medicintekniska avdelningen eller apotekare. Dessutom ingår ansvarig chef i analysteamet och fackliga företrädare erbjuds att delta. Teamen skräddarsys vid varje analys för optimal handläggning. Analysledare är verksamhetsutvecklare med utbildning i risk- och händelseanalys. En handlingsplan upprättas till varje riskanalys, ansvarig chef ansvarar för genomförande och uppföljning av handlingsplanen. Vissa verksamhetsområden följer upp planerade åtgärder på ledningsgruppsmöten.

Regelbundna nätverksträffar för analysledare genomfördes vid två tillfällen sammankallade av chefläkarfunktionen, för att reflektera och förbättra analysarbetet.

En ökad användning av riskanalyser för att förebygga vårdskador och brister i arbetsmiljö kan ses på SkaS. Under året har arbete pågått med totalt 29 stycken riskanalyser. Under 2014 avslutades totalt 23 riskanalyser, varav 3 hade påbörjats under 2013 (Bilaga 1). Antalet riskanalyser är många fler jämfört med föregående år (då arbetades med 16 stycken), 26 riskanalysarbeten startade under 2014, vilket upplevs som positivt. Att analysera risker för patienter och medarbetare i samma analys ses enbart som positivt då dessa risker ofta förekommer tillsammans. Risker kopplade till yttre miljö har varit svårare att identifiera. En ännu större användning av riskanalyser i befintliga patientprocesser vore önskvärd.

Händelseanalys

Skaraborgs sjukhus har en lokal rutin för händelseanalys som ingår i sjukhusets ledningssystem. Vid händelseanalys ska det alltid finnas en avvikelse registrerad på den inträffade negativa händelsen. Vid lex Maria bifogas alltid en händelseanalys. Analysen utförs enligt Socialstyrelsens modell.

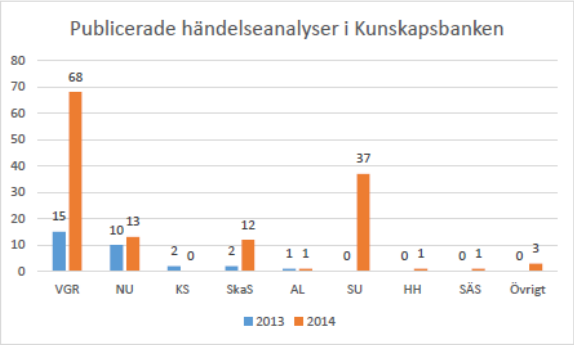
Händelseanalysteamen är sammansatta enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Analysledare är verksamhetsutvecklare som genomför analysen på uppdrag av verksamhetschef. På SkaS finns ca 15 analysledare med kompetens för ändamålet, vilka samlades vid två tillfällen 2014 tillsammans med

chefläkarfunktionen för att reflektera kring genomförda analyser. Vid ett av dessa tillfällen deltog IVO och vid det andra deltog sjukhusets verksamhetschefer för gemensam reflektion kring händelseanalysarbetet. I teamet finns också en teamledare, teammedlemmar som är personer från olika yrkeskategorier som är väl insatta i verksamheten, samt eventuella referenspersoner (t.ex. medicinsk expert från annat sjukhus). Medarbetare som deltagit i själva händelsen ska inte ingå i teamet. Patient och närstående skall få möjligheten att ge sin version av det inträffade och ge förslag till förbättringar utifrån sina upplevelser.

Handlingsplaner upprättas vid alla händelseanalyser. Verksamhetschef ansvarar för genomförande av åtgärder och uppföljning av handlingsplanen. Vissa verksamheter följer upp genomförda åtgärder på ledningsmöten.

Under året har sjukhuset arbetat med 32 händelseanalyser (motsvarande siffra föregående år var 21 stycken) (Bilaga 2). Av dessa har 25 påbörjats under 2014. Under året avslutades totalt 17 stycken händelseanalyser. Målet är att handläggningstiden från uppdrag till att slutrapporten fått slutkommentar från uppdragsgivare och ärendelogg skapats inte ska överstiga 60 dagar, endast ett fåtal analyser uppnådde målet.

Skaraborgs sjukhus använder NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalysarbete). I dagsläget (2015-01-23) finns totalt 33 analyser dokumenterade i NITHA varav 16 stycken har förts över till den nationella kunskapsbanken, målet är att alla analyser ska publiceras där (Figur 2). Av påbörjade analyser under 2014 finns 21 stycken dokumenterade i NITHA. Chefläkare och chefsjuksköterska har rollen som analysexperter i NITHA och genomför tillsammans kvalitetsgranskning av alla analyser.



Figur 2 Diagram över antal publicerade analyser i kunskapsbanken VGR

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Risker för vårdskador och vårdskador ska registreras av alla medarbetare i avvikelsehanteringssystemet MedControl Pro. Nyanställda får information om registreringsskyldighet i introduktionsprogram för nyanställda. Benägenheten att registrera avvikelser har uppmärksammats vid arbete med styr- och förbättringstavlor. Registreringarna hanteras av ansvariga chefer (ärendeansvariga) via orsaksutredning, åtgärd och uppföljning. Vanligtvis tas registrerade avvikelser upp på

APT/enhetsmöten för information och återkoppling. Två områden använde sig av ”avvikelsedagbok” som fanns tillgänglig på sjukhusets intranät. Några verksamheter publicerade avidentifierade avvikelser för att sprida lärande. Vissa avvikelser visualiserades på styr-/förbättringstavlor i form av daglig uppföljning.

Sammanställningar görs på olika nivåer inom sjukhuset. Regelbundna avvikelsegruppsträffar förekom, där representanter för varje område (verksamhetsutvecklare) träffade chefläkarfunktionen och reflekterade kring inträffade avvikelser. Avvikelserna användes som underlag i processarbeten och risk- och händelseanalyser. Ett flertal förbättringsarbeten har initierats med avvikelser som grund exempel på dessa redovisas under rubriken ”Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet”.

De senaste åren har antalet rapporterade avvikelser slutat att öka. Troligtvis kommer vi alltid att ha ett mörkertal när det gäller rapporterade avvikelser, avvikelsesystemet är därför ingen tillförlitlig källa när det gäller antalet negativa händelser. Däremot är avvikelsesystemet bra för att dokumentera enskilda avvikelsers orsaksutredning, åtgärd och uppföljning. De patientupplevda avvikelserna som rapporteras som ”patientklagomål” ger viktig information i arbetet med att stärka patientsäkerheten på SkaS.

Klagomål och synpunkter

En direkt dialog mellan patient, närstående och ansvarig vårdpersonal eftersträvas i första hand vid klagomål och synpunkter på vården. Flera enheter har system för att inhämta förbättringsförslag och synpunkter via ”brevlådor”.

Patientupplevda avvikelser läggs in i avvikelsehanteringssystemet som klagomål. I fall där patient/närstående bett om återkoppling så ges detta av ärendeansvarig. En broschyr ”Är det något vi borde veta?” som är riktad till patient och närstående finns tillgänglig både i pappersform på enheterna och i digital form på sjukhusets hemsida på Internet. I broschyren finns en blankett för patientupplevd avvikelse. Blanketten lämnas, skickas per brev eller mailas till sjukhuset. Broschyren innehåller också kontaktuppgifter till Patientnämnden, Inspektionen för vård och omsorg IVO, Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen.

Sammanställning och analys

Patientupplevda avvikelser

I avvikelsehanteringssystemet har 224 patientklagomål registrerats under 2014, vilket är ungefär lika många som 2013 (n=225).

Tabell 1Patientklagomål per område

Område Kirurgi	Område Medicin	Extern
95	127	1

Patientklagomålen kom från 122 kvinnor, 92 män och 10 av okänt kön.

De flesta handlar om organisation/regler/resurser (106 avvikelser) samt vård och behandling (102 avvikelser). Vissa gäller bemötande och kommunikation (75 avvikelser). Fördelningen jämfört med föregående år visar att vård och behandling har minskat något, de andra två områdena har ökat (*hämtat ur Cognos 2015-01-20*). Exempel på patientupplevda avvikelser: receptförskrivning uteblir inom vuxenpsykiatrin, inte kallad till planerat återbesök, uteblivet provsvar, dåligt bemötande och lång väntetid på sjuktransport.

Patientnämnden

Under 2014 anmäldes 626 ärenden till Patientnämnden som gällde SkaS. Antalet är något lägre än föregående år (634 stycken). Fördelningen mellan områdena är ungefär lika jämfört med föregående år (Tabell 2). De största problemområdena som anmäls handlar om vård och behandling samt organisation och tillgänglighet.

Tabell 2 Ärenden till Patientnämnden 2014 gällande SkaS

	Sjukhus
SkaS (Skaraborgs sjukhus)	626
Område K	301
Område M	303
Ospec enhet	21

Problemområde	Område K	Område M	Ospec enhet	Antal reg
1. Vård och behandling	153	115	7	275
2. Omvårdnad	2	5	0	7
3. Kommunikation	38	54	3	95
4. Dokumentation/sekretess	4	13	4	21
5. Ekonomi	5	9	2	16
6. Organisation och tillgänglighet	79	73	2	154
7. Vårdansvar	8	18	0	26
8. Administrativ hantering	12	15	1	28
9. Övrigt	0	1	2	3
Antal reg	**301**	**303**	**21**	**625**

Chefläkare och chefsjuksköterska tillsammans med delar av sjukhusets ledningsgrupp och styrelse träffade Patientnämnden Mariestad vid två tillfällen under 2014 för att ha en dialog kring patientsäkerhetsfrågor, så kallade ”kvalitetsforum”. Ytterligare träffar däremellan har också skett för utbyte av information.

Lex Maria och enskilda anmälningar till Inspektionen för vård och omsorg - IVO

Enskilda anmälningar till IVO hanteras av respektive verksamhetschef. Sjukhusövergripande görs en sammanställning i samband med patientsäkerhetsberättelse. I 125 fall har under 2014 enskilda anmälningar till IVO gjorts där SkaS varit inblandat, vilket är fler än förra året. Dessa ärenden handlade till exempel om synpunkter på utredning, diagnos och behandling som upplevs som försenad, felaktig och/eller utebliven. I ytterligare 25 ärenden har sjukhuset bistått med journalkopior i anmälningar som gäller andra förvaltningar. Chefläkare har under 2014 gjort 11 lex Maria anmälningar, varav 6 stycken avser självmord, vilket är samma antal och fördelning som föregående år.

Tabell 3 Anmälningar till IVO

SkaS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Lex Maria	8	17	17	13	21	11	11
Enskild anmälan till IVO	5	6	13	52	96	87	125

Patientförsäkringen/LÖF

Under 2014 har 253 ansökningar gjorts till patientförsäkringen där patienten vårdats på SkaS (något fler än 2013 då det var 226 stycken) se diagram nedan.

Av de beslutade ansökningarna har 61 stycken beviljats ekonomisk ersättning i dagsläget (siffran kan komma att ändras) och 76 stycken har avböjts, tidigare år har knappt 50 % av ansökningarna ersatts. De ersatta skadorna återfinns mest inom ortopedi, kvinnosjukvård, allmän kirurgi (5), och övriga verksamheter (7). Tabell 4 visar fördelning av ersatta ärenden per verksamhet (bland övriga verksamheter finns ingen med fler än 2 ersatta ärenden).

Tabell 4 Ersatta ärenden per verksamhet

Verksamhet	Antal ersatta
Ortopedisk kirurgi	23
Allmän kirurgi	12
Kvinnosjukvård	12
Övriga verksamheter	14

Analys

Patientupplevda avvikelser och ärenden till Patientnämnden är ungefär samma antal som tidigare, däremot kan en ökning ses på ärenden till IVO från patienter och närstående. Ökningen till IVO kan bero på att vi blivit bättre på att informera patienter och närstående om möjligheten till att anmäla. Det är fler kvinnor än män som registrera avvikelser och anmäler ärenden till IVO, oklar varför

dessa ökar mer än bemötande. När det gäller orsakerna till ärendena så ses en ökning inom områdena organisation/regler/resurser och vård och behandling, dess ökar mer än bemötande. Det kan kanske bero på att patienter och närstående blir mer och mer medvetna om hur situationer borde vara i förhållande till hur de upplevdes och att vi mer och mer uppmuntrar patienter och närstående till att dela med sig av sina upplevelser kopplade till arbetssätt inte bara till bemötande.

Samverkan med patienter och närstående

Att samverka med och göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet är oerhört viktigt. Här finns fortfarande mycket kvar att utveckla på SkaS. Samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador genom att vi använder *”Min guide till säker vård”* för kroniskt sjuka patienter som har täta vårdkontakter. Övrigt informationsmaterial som frikostigt spridits under året i sjukhusets lokaler är *”Vad du kan göra själv, för att minska risker i vården”* från SKL. Uppdragsledare för trycksår, fall och undernäring har via inspiration från Stockholms läns landsting tagit fram en broschyr som heter *”Patientens bästa knep, mot trycksår, undernäring och fall”*, även denna broschyr har frikostigt delats ut till sjukhusets alla enheter för att vara lättillgänglig för patienter och anhöriga. På några avdelningar delas broschyren ut till alla patienter som skrivs in. Närstående ses som en viktig resurs i vården och uppmuntras att vara delaktiga tillsammans med patient och vårdpersonal. Exempel på att patienter och närstående varit delaktiga i sjukhusets kvalitetsarbete är:

- Patienter och närståendes berättelser om upplevelser tas tillvara i fokusgrupper, intervjuer och inom några verksamheter har systemiska möten med patienter genomförts.
- På APT och utvecklingsdagar har patientberättelser använts som underlag till reflektion.
- Närstående har varit på ledningsmöte för att berätta om sina upplevelser, men svårigheten har varit att få personer att ställa upp.
- Patienter är intervjuade vid händelseanalyser och ges möjlighet att ge förbättringsförslag.
- Inom psykiatrin har patient och närstående varit delaktig i processarbete och riskanalyser. En patient är numera anställd som verksamhetsutvecklare med roll som patientföreträdare.
- Patienter varit delaktiga i framtagning av ny patientinformation vad gäller thyroidea operation.
- Sjukhuset har fattat ett inriktningsbeslut för ”personcentrerad vård närmre patienten på SkaS” under våren. Vissa enheter har startat med att utveckla ett arbetssätt som harmoniserar med personcentrerad vård och börjat testa olika sätt för att organisera omvårdnadsarbetet närmre patienten t.ex. rapportering bedside och omvårdnadsronder för att öka den patientnärmre tiden. På det viset skapas en större delaktighet för patienten i sin egen vård och behandling.

Skaraborgs sjukhus tänker arbeta mera för att öka patienternas kunskap om generella risker inom vården och hur patienten själv kan bidra för att stärka skyddsnäten. Information och stöd till patient vid inträffad vårdskada upplevs av medarbetarna som att vi blivit bättre på (källa PKM).

Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Skaraborgs sjukhus har under 2014 bedrivit ett aktivt patientsäkerhetsarbete med ett flertal åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Nedan redovisas exempel på aktiviteter som genomförts.

Deltagande i konferens

Under året deltog 93 medarbetare från SkaS på den nationella patientsäkerhetskonferensen i Stockholm i september, bland annat patientsäkerhetsombuden och sjukhusets ledningsgrupp. Två muntliga föredrag fanns med från SkaS om vår riskanalysmodell och om patientinvolvering i förbättringsarbete inom barndiabetes. Dessutom fanns en poster om verktygslåda för vårdhygien ”Verktyg Räddar Individen – sprid budskapet, inte mikroorganismerna” och en poster om SkaS fokusområden för patientsäkerhet ”Patientsäkerhet i fokus på Skaraborgs Sjukhus”. Patientinvolvering i förbättringsarbete redovisades också på Health Promoting Hospitals HPH-konferensen i Barcelona 24/4 i ett muntligt föredrag samt en poster om SkaS arbete med processorienterad bemanning. En person från chefläkarfunktionen deltog i konferens på Karolinska, Stockholm med Linda Aiken - Hur påverkar vårdorganisation hälsa och säkerhet för patienter och personal?

Deltagande från SkaS fanns också på SKLs konferens om den nya Patientlagen, samt fortsatt planeringsarbete på SkaS inför den nya lagstiftningen. Deltagande av flera medarbetare i regional erfarenhetsutbytesdag om avvikelser den 4/11.

Nätverk – möten - utbildning

Tema patientsäkerhet för verksamhetschefer, två träffar under året där chefläkarfunktionen sammankallat verksamhetscheferna och haft dialog kring patientsäkerhetsfrågor. På den andra träffen fanns också analysledare för risk- och händelseanalyser med. Deltagande i regionala möten kopplade till patientsäkerhet. Chefläkarmöten, trycksår, patientsäkerhetskultur, NITHA och MedControl PRO.

Utbildning i grundläggande patientsäkerhetsarbete och nätverksträffar för patientsäkerhetsombud har genomförts vid två tillfällen. Exempel på innehåll: SBAR, vårdrelaterade infektioner UVI och reflektion efter den nationella patientsäkerhetskonferensen.

Utbildning inom patientsäkerhetsområdet har också genomförts i utbildningen ”Fördjupat kompetensbevis för undersköterskor” vid fyra tillfällen och i sjukhusets AT-utbildning för läkare. Ett strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor har också innehållit patientsäkerhet samt strukturerat introduktionsprogram för undersköterskor.

SkaS fokusområden - Patientsäkerhet

En webbplats för fokusområdet Kommunikation har skapats och nås via Patientsäkerhetswebben. En intervju är gjord med enhetschef på IVA-postop som framgångsrikt infört SBAR. Intervjun tillsammans med deras egen presentation över hur de gjort för att få SBAR att leva i vardagen finns publicerad på webben. Patientsäkerhetsombuden på SkaS arbetade via strukturerad brainstorming kring

frågan ”Vad var det största problemet med att införa SBAR i vardagen på SkaS?” Övningen resulterade i svaren:

- ”Alla” måste förstå nyttan med SBAR.
- Ledningen måste ge tid och förutsättningar att jobba med SBAR.
- Avsaknad av lokalt engagemang och SBAR-ombud gör förändringströgheten stor.
- Ett strukturerat införande av SBAR omöjliggörs av en tuff arbetsmiljö vilket motverkar ett enhetligt rapporteringssystem

Den 6 november inföll ”Nutrition Day” som är ett internationellt kvalitetsprojekt i nutrition, SkaS deltog för första gången med tre avdelningar. Syftet var att testa mätmetoden och få ett utgångsläge inför kommande förbättringsarbeten. Ett utbildningskoncept inom kost, nutrition och undernäring för vårdpersonal är framtaget, detta tillsammans med ett förbättringsförslag om att skapa en organisation för nutrition (nutritionsprocessen) har lämnats till ledningen för beslut. Logoped, tandhygienist och dietist har samarbetat och genomfört en utbildningsförmiddag inom dysfagi, vilken ingick i utbildningen ”Kompetensbevis Stroke”. Arbetsgruppen har anordnat en utbildningsdag för ”Nätverk nutrition SkaS” med bl.a. en föreläsning av Mikael Karlsson, leg dietist, Lindesbergs kommun, i ämnet ”Från vetenskap till vardag – hur omsätter vi rekommendationer i praktiken”. Det presenterades också fyra goda exempel av förbättringsarbeten som genomförts på olika avdelningar. Arbetet med att förebygga undernäring hos personer som vårdas på SkaS sker i enlighet med den författning som gäller från 1 januari 2015 ”Förebyggande av och behandling vid undernäring – SOSFS 2014:10”.

En träff har anordnats för fall/patientsäkerhetsombud och en manual för fallriskrond har introducerats och presenterats på patientsäkerhetswebben. Arbete har påbörjats för framställning av en informationsfilm riktad till medarbetare för fallförebyggande arbete. Flera enheter arbetar aktivt med att förebygga fallavvikelser bland annat kava.

En speciell handlingsplan för det trycksårförebyggande arbetet på SkaS finns framtagen. Aktiviteter har genomförts under året enligt plan. Till exempel finns det nu möjlighet att följa måttet andel trycksår som uppstått på SkaS av totala antalet trycksår, baserat på dokumentation i patientens journal. Trycksårsrond har introducerats och testats på flera avdelningar. Alla patientsängar har nu tryckavlastande madrasser. Den 20 november på ”Stop pressure ulcer day” genomfördes en aktivitet med utställning av trycksårsförebyggande hjälpmedel på SkaS Skövde. Flera enheter arbetar aktivt med att förebygga tryckskador bland annat kava och An/Op/IVA. Rutiner har gåtts igenom och förbättrats för att förhindra uppkomsten av trycksår.

Uppdragsledarna för trycksår, fall och undernäring har genomfört ett gemensamt utvecklingsarbete kring dokumentationen av dessa patientsäkerhetsrisker samt möjlighet till uppföljning av det som dokumenterats. Tillsammans har uppdragsledarna också skapat ”påminnelsetavlor” till patientenborden där patientens risker finns visualiserade. Test på en avdelning har påbörjats.

Ett arbete med att skapa en ny hygienbroschyr som denna gång även inkluderar patientmedverkan och ska gälla alla vårdgivare, primär- kommunal- och sjukhusvård är påbörjat via Vårdhygien. Un-

der 2014 arrangerades en utställning i samband med handhygienens dag den 5 maj som var välbesökt och uppskattad.

Ett sjukhusövergripande förbättringsprojekt har startat för att minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner.
Urinvägsinfektioner är en av de vanligaste vårdrelaterade infektionerna och leder till stort lidande, förhöjd sjuklighet, ökad dödlighet, förlängd vårdtid och ökade kostnader. I och med utvecklingen av antibiotikaresistens har behandlingsalternativen för urinvägsinfektioner minskat. Det bästa och i framtiden kanske det enda sättet att behandla en infektion är att förhindra att den uppstår. Därför har en arbetsgrupp som leds via Vårdhygien valt att arbeta med utveckling av det förebyggande arbetet.

Man har t.ex. tagit fram:

- Förslag på nytt PM ”Riktlinjer för blåsscanning, blåstappning och KAD för att förhindra vårdrelaterade infektioner och vårdskador” (Gäller på alla enheter förutom förlossning, BB, anestesi, operation, dagkirurgi, IVA-Postop).
- Åtgärdskort som bygger på PM, som ska fästas på blåsscanningapparater för att underlätta och spara tid för vårdpersonal.
- Patientinformation i form av en broschyr, som är testad på kateterbärande patienter.
- Kateter-kit är framtaget för att kunna skickas med patienter hem t.ex. från akutmottagningarna.
- Dokumentationsmall för riskbedömning av urinretention, för blåsscanning samt en förändrad KAD mall i Melior har utvecklats.
- Inventerat antalet blåsscanningapparater på SkaS och föreslagit investeringar i form av nya/fler apparater.

Ett ständigt arbete pågår för att minska läkemedelsrelaterade problem. Speciellt viktigt vid utskrivning av patienter från SkaS. Läkemedelsgranskning har genomförts inom delar av medicin vid utskrivning avseende rätt medicinlista, läkemedelsberättelse och utskrivnings information och resultatet blir gradvis bättre. Inom vuxenpsykiatrin har en apotekare anställts, för att kunna vara behjälplig vid läkemedelsavstämningar. På Öron har flera avvikelser förekommit som gäller att läkemedelslistor inte är rätt ifyllda. En utbildningsinsats är genomförd för läkargruppen, de som arbetar på avdelning.

Övrigt

Minska väntetider, överbeläggningar och utlokaliseringar.

För att minska väntetiderna har ett antal enheter haft s.k. extramottagningar som genomförts i egen regi. Patienter har även skickats till externa vårdgivare, t.ex. patientgrupper från VO ortopedi och ögon.

För att komma till freds med överbeläggningar har extra vårdplatser öppnats upp inom område M och K. Vid överhettning har sjukhuset periodvis ställt in planerade operationer för att på så vis frigöra vårdplatser. Vid överhettning har vi sett att antalet utlokaliserade patienter ökat vilket inte är optimalt.

På An/Op/IVA har man haft avvikelser som gäller problem med övervakningsutrustning, narkosapparater vilket har kunnat kopplas till mobil telefoni, läsplattor och också buggar i uppdateringar av apparater. Buggarna har kunnat åtgärdas med ny uppdatering och idag finns det en rutin att mobiltelefoner skall vara inställda på flygplansläge eller avslagna på AN/OP/IVA på Skaraborgs sjukhus. Läsplattor får inte användas nära teknisk apparatur.

Förberedelser inför operation är också en avvikelsetyp som är frekvent förekommande. Det handlar då bland annat om att BAS-test inte är gjord, att utlandsvård inte finns noterat, att prover inte är tagna, att patient inte är informerad om vad den kan förvänta sig efter operation, mm. Processarbete är startat för att få en väl förberedd patient inför operation.

En patient blev opererad i fel extremitet. Händelseanalys genomfördes och rutiner gåtts igenom för att förhindra upprepande.

Det har under året förekommit avvikelser gällande problem med ID-band där färg försvunnit. Efter stort sökande visade det sig att det var produktfel och vid byte har problemet lösts. Avvikelser gällande att ID-märkning glömts bort förekommer också och förbättringsarbete är påbörjat på akutmottagning och kava SkaS Skövde. När det gäller ID har ändrad rutin och kampanj riktad mot medarbetare för stöd förhöjt säkerheten och minskat antal fel inom verksamhetsområde M4.

Flera avvikelser på SkaS gäller tillgänglighet, här presenteras några exempel. Inom logopedi finns många avvikelser och patientnämndsärenden som gäller lång väntan för patienter att komma intill. Åtgärder är påbörjade i form av: start av processarbete och anställning av personal. Även inom ögon finns många avvikelser gällande att patienter inte blir kallade i tid. Inom ambulansen har väntetiden för prio 4:or ökat, en orsaksutredning för att se vilka bakomliggande faktorer som kan finnas till denna tendens har påbörjats.

Riskanalys vid stängning av transkulturell mottagning – vuxenpsykiatrin har lett till att processarbete har initierats för att tydliggöra specifika behandlingsrutiner för patientgruppen. Riskanalyser inför planerad sammanslagning av enheter inom medicin visade patientsäkerhetsrisker som medförde att förändringen inte genomfördes.

Fortsatt arbete med genombrottsprojekt bättre vård mindre tvång i regi av SKL, där deltagande enheter är psykos och allmänpsykiatri med varsina team.

Arbete med en handlingsplan för inriktningsbeslutet om en ”personcentrerad vård närmre patienten på SkaS” är pågående. Bland annat innebär det att vården ska genomföras i partnerskap med patienten och utgå från inskrivningssamtalet med fokus på patientens behov. En skriftlig plan som är en överenskommelse mellan vårdpersonal och patient ska upprättas, så det blir tydligt varför patienten är på sjukhuset, vad som hända och ungefärlig vårdtid. En rad förslag på nya arbetssätt förs också fram t.ex. bedside – rapport och omvårdnadsronder. Tanken är att ju mer tid vårdpersonalen tillbringar inne hos patienten ju större blir möjligheten att förebygga vårdskador.

Under året har åtta enheter på SkaS deltagit i projektet processorienterad bemanning – ”Probe”. I projektet ingår en riskanalys av befintliga patientprocesser som flödar genom enheten. Flera förbättringar som till exempel förbättrad följsamhet till basala hygienrutiner har genomförts.

Förebyggande arbete görs genom att föreslå rökstopp inför operation samt erbjuda rökavvänjning till medarbetare och patienter. Detta arbete påbörjades under 2013 och har fortsatt och involverat fler enheter under 2014. Ledningen för SkaS har också beslutat om att SkaS ska vara ett rökfritt sjukhusområde.

Informationsmaterial som stöd till medarbetare och chefer då allvarlig vårdskada inträffat har tagits fram och finns publicerade i Medarbetarhandboken och Chefshandboken.

Strålskydd
Under det gångna året har ett gediget strålskyddsarbete genomförts. Arbetet har utgått ifrån ett regiondirektiv med ett regiongemensamt förhållningssätt till strålskydd. Sammantaget har 14 stycken SkaS-gemensamma dokument författats samt ett par som styr verksamhetsnivån. Samtliga dokument har lagrats i Barium, men är ännu inte driftsatt.

Bland mer omfattande dokument kan nämnas:

- Arbetsinstruktion för strålsäkerhetsexpert vid SkaS
- Inriktningsdokument till ledningssystem för strålsäkerhet vid SkaS
- Strålsäkerhetspolicy vid SkaS
- Organisation och ansvar för strålsäkerhetsarbetet vid SkaS

Det som nu kvarstår strålskyddsarbetet är ett godkännande samt konstruktion av dokumenthanteringsstruktur för de sjukhusövergripande strålsäkerhetsdokumenten. Beslut bör kunna tas första kvartalet 2015.

Resultat

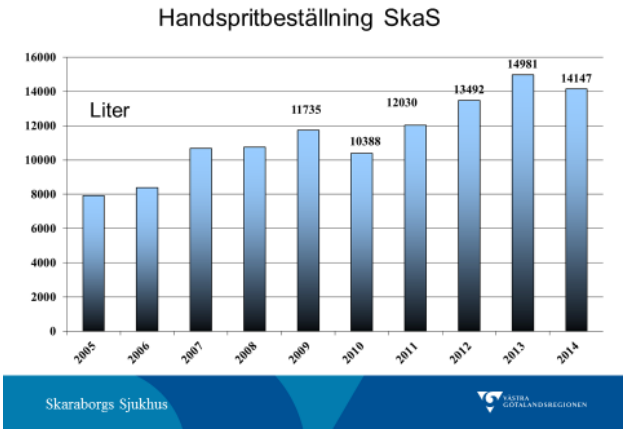
Strukturmått finns redovisade under tidigare rubriker i patientsäkerhetsberättelsen.

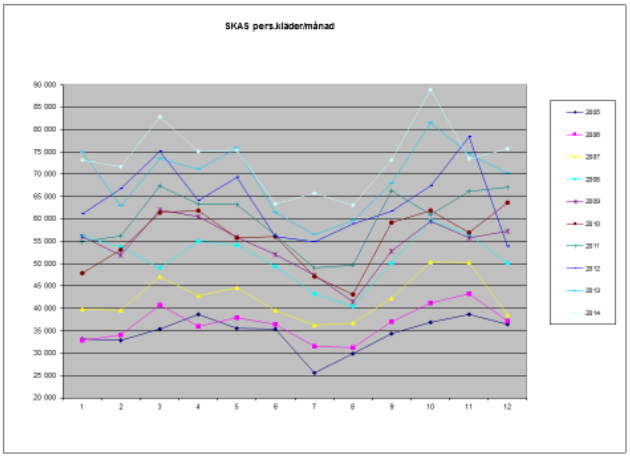
Processmått

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
Skaraborgs sjukhus har de senaste åren förbättrat sitt eget resultat avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler med god förbättringstakt, men har fortfarande en förbättringspotential för att komma upp i samma resultat som övriga sjukhus i samma storlek i riket där genomsnittet ligger på 74 % följsamhet. Under höstens punktprevalensmätning 2014, låg följsamheten på SkaS på 73 % inom slutenvården. Detta innebär att SkaS uppnått målet på > 72 % följsamhet under 2014. Förbrukningen av handsprit och arbetskläder visar en ökande trend, vilket ses som positivt.

Tabell 2 Resultat slutenvården hösten 2013 och 2014

	SkaS hösten 2014	**SkaS hösten 2013**
Korrekt desinfektion av händerna före	83 %	77 %
Korrekt desinfektion av händerna efter	98 %	94 %
Korrekt användning av handskar	95 %	93 %
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden rock	92 %	93 %
Korrekt förfarande i samtliga fyra steg – Följsamhet till basala hygienrutiner	74 %	70 %
Kortärmad arbetsdräkt	98 %	97 %
Fri från ringar, klockor och armband	99 %	96 %
Kort eller uppsatt hår	100 %	100 %
Korrekt förfarande i samtliga tre steg – Följsamhet till klädregler	98 %	94 %
Korrekt basala hygienrutiner och klädregler	**73 %**	**65 %**





Patientsäkerhetskulturmätning
Ingen mätning av patientsäkerhetskultur genomfördes under 2014. Ny mätning blir våren 2015.

Resultat avseende överbeläggningar

Sedan ett år tillbaka görs dagliga beläggningsmätningar på SkaS, dessa rapporteras in månadsvis till SKL. Under året har en validering gjorts av överbeläggningsrapporten.

Skaraborgs Sjukhus har en medelbeläggning på 90 procent, som även är måltal för beläggningsgrad. Trots det har vi ett relativt högt antal överbeläggningar. Vid en analys ser vi att överbeläggningarna ökar okontrollerat när beläggningsgraden ligger över 90 procent flera dagar i följd.

För att minska överbeläggningarna har vi därför sett till att vi har planerade vårdplatser att öppna vid högt patientinflöde. Sådana platser skall finnas inom område Medicin och Kirurgi på SkaS. Vi arbetar även aktivt med att slussfunktionen skall fungera optimalt, framför allt när det är långa helger, som exempelvis vid jul.

Som tidigare pågår ständigt ett arbete med att korta vårdtiderna inom samtliga verksamheter, samt att öka polikliniserings av operationer.

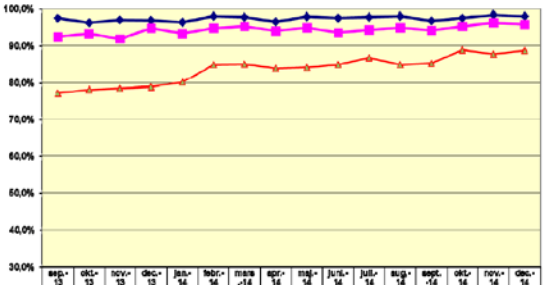
Målet 2014 var att inga patienter skulle vara utlokaliserade.

Landsting/region	Överbeläggning	Utlokaliserade patienter
Sverige	2,7	1,3
Västra Götaland	3,2	1,3
Alingsås lasarett	6,6	0,8
Kungälvs sjukhus	3,9	4
NU-sjukvården (NÄL, Uddevalla, Dalsland, Lysekil, Strömstad)	3,2	1,2
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	3,5	0,6
Skaraborgs sjukhus (Skövde, Falköping, Mariestad, Lidköping)	2,6	1,2
Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås/Skene	1,3	2,9

Figur 3 Ur SKLs databas November 2014

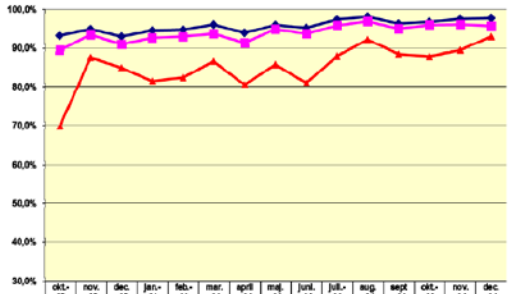
Säker kirurgi
Checklistan för Safe Surgery enligt WHO (Time Out/Sign In/Sign Out) ska genomföras i samband med alla operationer på SkaS. Varje månad mäts följsamheten och redovisas per utbudsort på SkaS intranät. Det finns en variation till följsamheten på SkaS olika utbudsorter, bäst av enheterna är operationsavdelningen i Falköping. Målet är 100 procents följsamhet i alla steg. Resultaten har inte varit helt tillfredsställande och avvikelser som hade kunnat undvikas vid genomförd Time Out, har tagits upp. Förbättringspotentialen för SkaS ligger främst på momentet sign out.

SKAS SKövde Checklista för säkerhet vid operationer /procent antal op/månad (an,klr,kvl,ort,uro,öron,käk,)



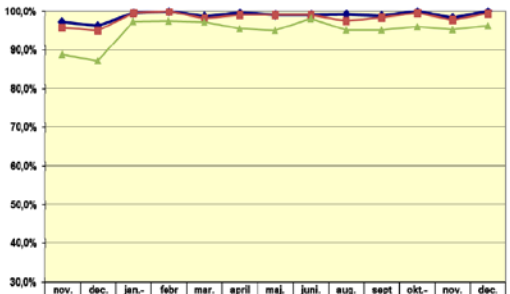
	sep.-13	okt.-13	nov.-13	dec.-13	jan.-14	febr.-14	mars -14	apr.-14	maj-14	juni.-14	juli.-14	aug.-14	sept. -14	okt.-14	nov.-14	dec.-14
% med sign in	97,7%	96,4%	97,1%	97,1%	96,5%	98,1%	97,8%	96,7%	98,0%	97,6%	97,9%	98,1%	96,9%	97,8%	98,4%	98,2%
% med sign in och time out	92,6%	93,8%	92,0%	95,0%	93,5%	95,0%	96,4%	94,2%	95,0%	93,8%	94,9%	95,0%	94,3%	95,4%	95,3%	95,9%
% med sign in och time out,sign out	77,4%	78,3%	78,6%	79,0%	80,1%	85,1%	85,2%	84,0%	84,3%	85,0%	85,9%	85,0%	85,4%	89,0%	87,9%	88,9%

SKAS Lidköping Checklista för säkerhet vid operationer /procent antal op/månad



	okt.-13	nov. -13	dec. -13	jan.-14	feb.-14	mar. -14	april -14	maj. -14	juni. -14	juli.-14	aug. -14	sept .-14	okt.-14	nov. -14	dec. -14
antal med sign in	93,2%	94,9%	93,0%	94,8%	94,7%	96,1%	93,9%	96,0%	95,3%	97,4%	98,0%	96,3%	96,8%	97,5%	97,7%
antal med sign in och time out	89,4%	90,5%	91,0%	92,7%	93,1%	93,7%	91,4%	94,9%	93,7%	95,8%	96,9%	95,0%	96,0%	96,1%	95,7%
antal med sign in ,time out och sign out	69,8%	87,6%	85,0%	81,5%	82,5%	86,6%	83,6%	85,9%	81,1%	87,9%	92,2%	88,4%	87,8%	88,5%	93,0%

SKAS Falköping Checklista för säkerhet vid operationer /procent antal op/månad (klr,ort ,uro,kvl,med, tand)



	nov. -13	dec. -13	jan.-14	febr .-14	mar. -14	april .-14	maj. -14	juni. -14	aug. -14	sept .-14	okt.-14	nov. -14	dec. -14
% med sign in	97,4%	96,4%	99,6%	100,0%	98,7%	99,8%	99,1%	99,14%	99,2%	98,8%	100,0%	98,3%	100,0%
% med sign in och time out	95,9%	95,2%	99,6%	100,0%	98,3%	99,1%	99,1%	99,14%	97,7%	98,4%	99,6%	97,9%	99,5%
% med sign in och time out,sign out	88,9%	87,3%	97,5%	97,6%	97,4%	95,7%	95,3%	98,28%	95,3%	95,3%	96,1%	95,4%	96,4%

SBAR
För att få en bild över hur utbrett SBAR-användandet är på SkaS och få kännedom om tillvägagångssätt vid införande samt vilket stöd de verksamheter som inte använder SBAR idag önskar, genomfördes en webbenkät under våren. Enkäten gick ut till 97 enheter och 65 svarade. Av dessa 65 var det 44 enheter som uppgav att de i någon utsträckning använder sig av SBAR. Enkät-resultatet är redovisat för Patientsäkerhetsfunktionen, SkaS patientsäkerhetsombud, SkaS linjeorganisation och via Patientsäkerhetswebben.

Säker överföring av läkemedelsinformation
Målet är att 100 % av alla patienter som vårdats på SkaS ska få en läkemedelsberättelse vid utskrivning. Vid en mätning 2014 kunde vi se att endast 7 % av alla patienter hade en dokumenterad läkemedelsinformation tillsammans med utskrivningsinformationen i patientjournalen. Den vanligaste avvikelsen som SkaS får från kommunerna handlar om bristande informationsöverföring bland annat läkemedelsinformation.

Dokumentation i patientsäkerhetsmallarna
Andelen dokumenterade riskbedömningar i patientsäkerhetsmallen för trycksår, fall och undernäring.
Målet var att andelen dokumenterade riskbedömningar skulle vara mer än 50 %. Målet är uppfyllt när det gäller trycksår då 70 % av patienterna hade en dokumenterad riskbedömning. När det gäller fall kunde målet inte uppfyllas, 36 % av patienterna hade en dokumenterad riskbedömning. Cognosrapporten för undernäring är inte klar.

Andelen dokumenterade vårdplaner i patientsäkerhetsmallen för trycksår, fall och undernäring.
Målet var att mer än 70 % av patienterna med en dokumenterad risk skulle ha en dokumenterad åtgärd. Målet är uppfyllt både när det gäller trycksår (91 %) och fall (86 %). Cognosrapporten för undernäring är inte klar.

Resultatmått

Avvikelser

I avvikelsesystemet MedControl PRO registrerades 5626 avvikelser på SkaS under 2014 (motsvarande siffra föregående år var 5706 stycken). Antal avvikelser per nettoårsarbetare/år på SkaS 2014 var 1,5 stycken (1,3 avvikelser/anställd/2013). Antalet registrerade avvikelser ligger på lite lägre nivå än 2013, men antalet årsarbetare har ökat. *(Hämtat ur Cognos 2015-01-20).*

Målet är minst 2 avvikelser/anställd/år, vilket inte kunnat uppnås ännu.

Tabell 3 Avvikelser SkaS 2013-2014

Avvikelser 2013	**Antal avvikelser 2013**	**Antal avvikelser 2014**
SkaS	5706	5626
Område M	2667	3189
Område K	2609	1994
Område FouU	8	54
Central stab	331	273

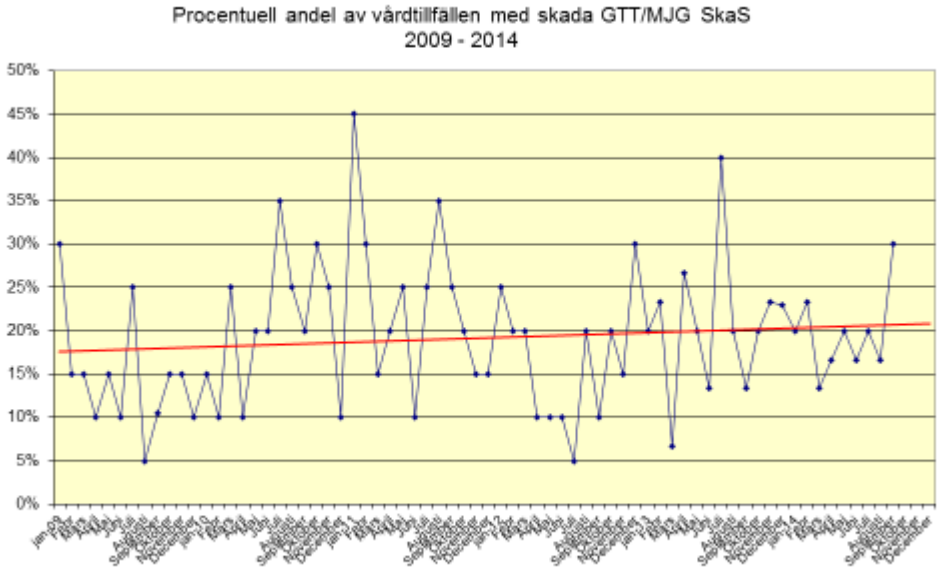
Avvikelserna handlar till stor del om organisation/regler och resurser samt vård och behandling, vilket är samma typer av avvikelser som tidigare år. Under 2014 registrerades 465 vårdskador (385 vårdskador 2013) och 2940 tillfällen med risk för vårdskada (2766 risk för vårdskada 2013). Det registrerades 25 avvikelser med riskvärde 3, vilket är betydligt fler än föregående år (n=9). Konsekvenserna för patienterna redovisas i tabell 2. Skada och smärta både övergående och bestående har ökat jämfört med föregående år.

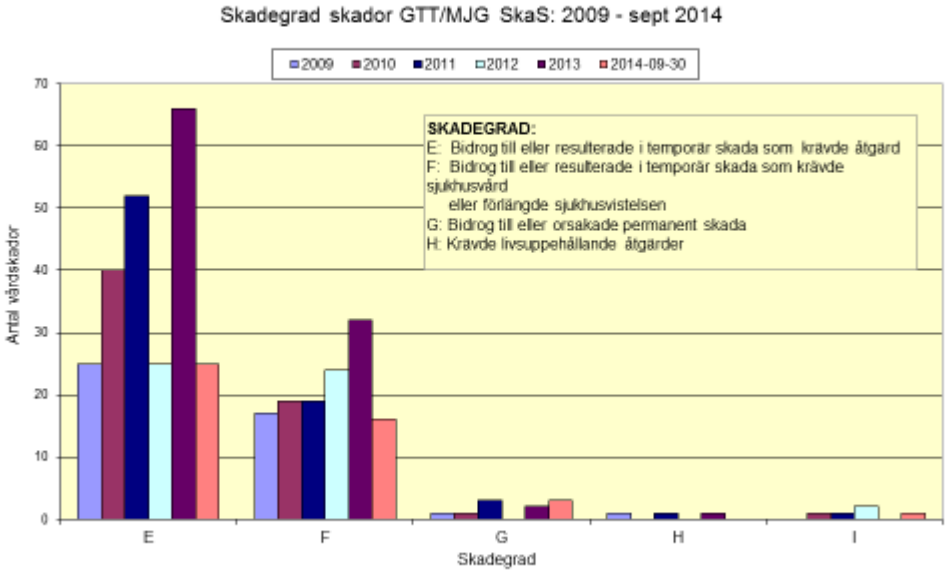
Tabell 4 Konsekvenser för patient

Typ av konsekvens	2013	2014
Dödsfall	2	3
Bestående skada/smärta	9	16
Övergående skada/smärta	608	741
Förlängd vårdtid	68	69
Förlängd väntetid	257	204
Ökad vårdinsats	184	166
Övrigt	221	447
Ingen	820	851

Vårdskador - Strukturerade journalgranskningar

Målet för SkaS är att kunna se en gradvis förbättring, tyvärr visar resultatet på motsatsen. Granskarna har vid funnen vårdskada kontrollerat om avvikelse finns i MedControl PRO och då upptäckt att detta endast finns i undantagsfall.


Procentuell andel av vårdtillfällen med skada GTT/MJG SkaS
2009 - 2014
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%


Skadegrad skador GTT/MJG SkaS: 2009 - sept 2014
2009
2010
2011
2012
2013
2014-09-30
SKADEGRAD:
E: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd
F: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård
eller förlängde sjukhusvistelsen
G: Bidrog till eller orsakade permanent skada
H: Krävde livsuppehållande åtgärder
Antal vårdskador
70
60
50
40
30
20
10
0
E
F
G
H
I
Skadegrad

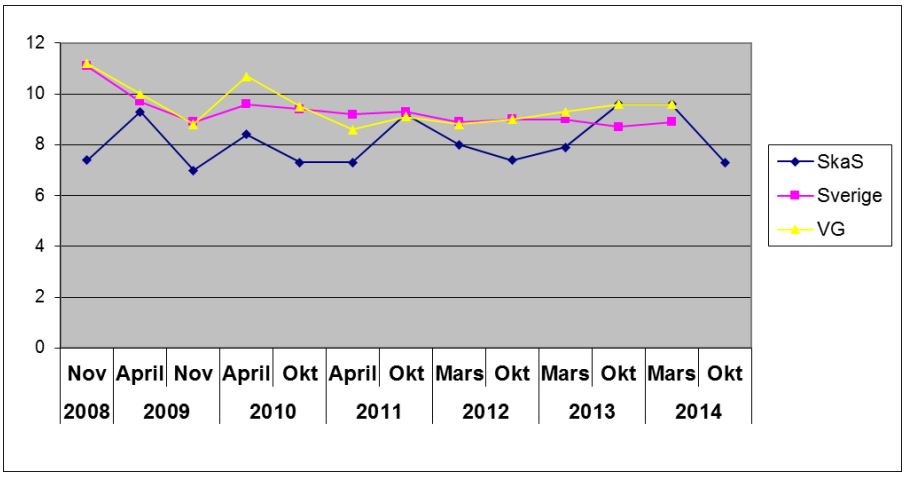
Identifierade förbättringsområden på sjukhusnivå och på verksamhetsnivå

- Rutiner för antibiotikaprofylax vid upprepade kateteriseringar och kateterisering med ledare
- Indikation för KAD-sättning på akutmottagning saknas/tillämpas inte
- Ökat antal patienter med munsvamp
- Diagnoskodning inte alltid rätt
- Utskrivningsrutiner brister
- Diabetesproblem vid vård inom opererande specialiteter
- Journalanteckningar saknas
- Patientsäkerhetsmallar används sparsamt - Riskbedömning för halk, fall och nutrition sker inte alltid på de patientgrupper som skall riskbedömas enligt SKL:s riktlinjer
- Oklart ansvar vid överflyttningar mellan avdelningar
- Journalanteckningar signeras inte alltid

Vårdrelaterade infektioner

Infektionsverktyget
Då mätning av antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner under året just har startat så kan vi ännu inte ta del av något resultat. Målet är att kunna se en gradvis minskning av antibiotikabehandlade vårdrelaterade infektioner.

Punktprevalensmätning VRI
Mätningar inom SkaS somatisk slutenvård visade på en högre andel VRI på våren 9,6 % och en lägre nivå på hösten 7,3 %. SkaS har de senaste åren mestadels legat under riksgenomsnittet. Vi upplever en känsla av att kunskapen om hygien ökar, även viljan att förbättra. Deltagarantalet/intresse till vår grundutbildningar och våra övriga träffar för hygienombud är fortfarande stort. Vi har också fått uppfattning att dialog om hygien mellan personalen ökar. Likaså mellan personal, patienter och anhöriga.



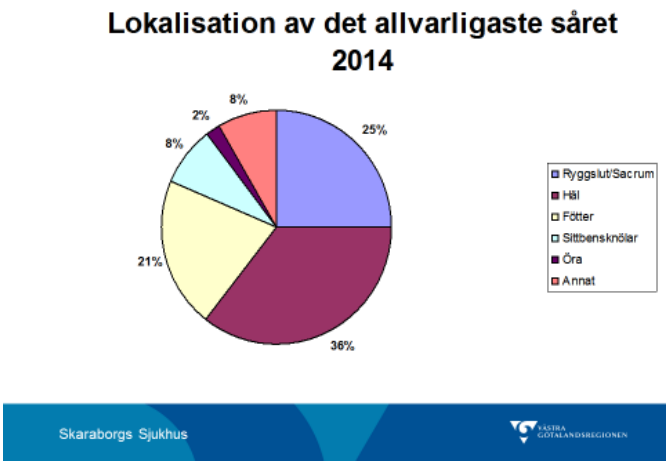
Figur 4 Diagram punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner

Trycksår
Skaraborgs sjukhus ligger bra till när det gäller förekomst av trycksår jämfört med övriga VGR och riket. I senaste punktprevalensmätningen hamnade vi på 17:e plats i riket enligt flest andel patienter utan trycksår (av 88 deltagande sjukhus).

Tabell 5 Andel trycksår 2014

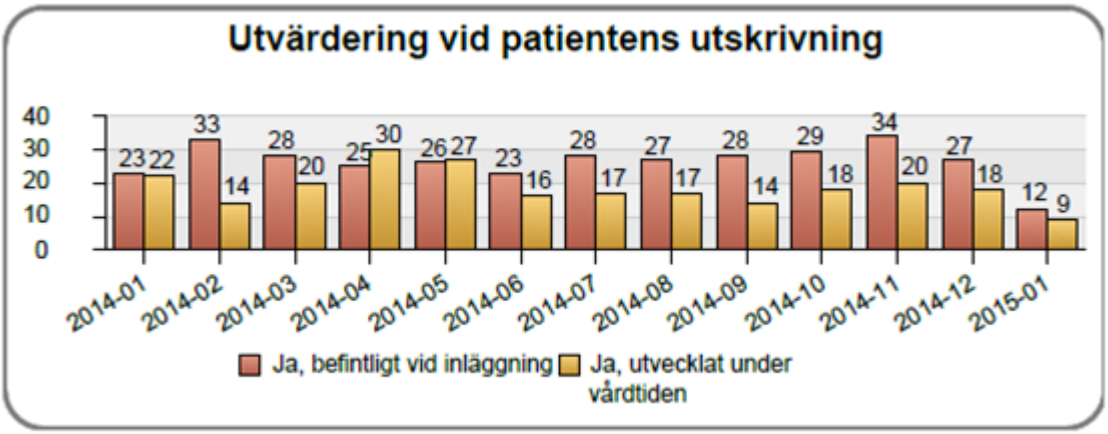
2014	**Riket**	**VGR**	**SkaS**
Andel trycksår grad 1-4 totalt	**14 %**	**14 %**	**9,8 %**

491 patienter deltog vid mätningen som genomfördes inom all slutenvård exklusive rättspsykiatrin under våren 2014. Andelen riskpatienter var 15 procent. Av andelen patienter som hade tryck-skada/trycksår var fördelningen mellan kvinnor och män lika. Alla patienter med risk för trycksår hade vid mätningen förebyggande eller behandlande madrass, motsvarande siffra för VGR var 79 %. Andel riskpatienter som fått minst två åtgärder insatta vid dokumenterad risk för sår skulle enligt SkaS patientsäkerhetsplan vara mer än 60 %. Tyvärr har inte detta mått lyckats få fram på SkaS-nivå.



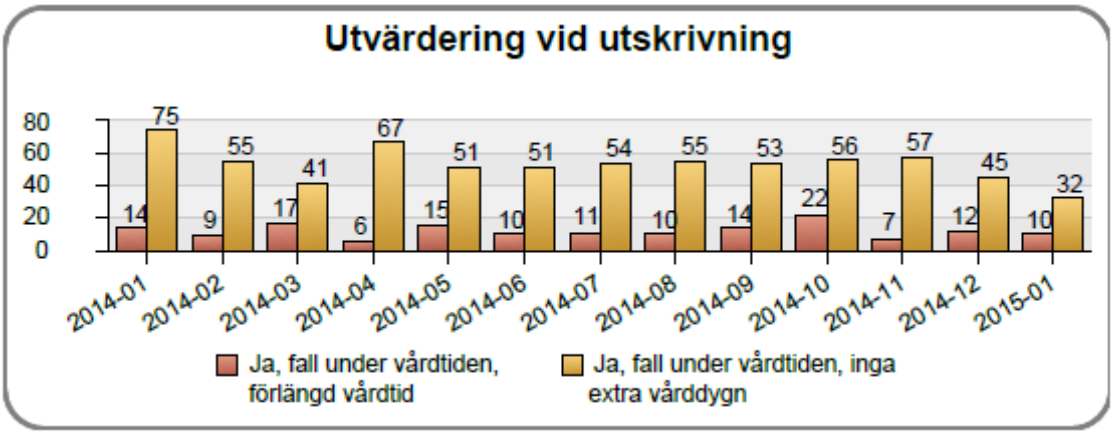
På SkaS mäts också dokumentation kring trycksår i patientens journal regelbundet. Målet för 2014 var att andelen förvärvade sår grad 1-4 på SkaS inte skulle överstiga 15 % av den totala andelen do-kumenterade sår. Tyvärr uppfylldes inte målet då 41 % av de dokumenterade såren var förvärvade under vårdtid på SkaS (Figur 5).

Figur 5 Melior/Cognos-rapport Trycksår 2014 SkaS



Halk- fall olyckor

Det finns inget säkert sätt att mäta antal halk- fall olyckor på i nuläget. De mätningar som kan göras är daglig uppföljning på enhetsnivå vid förbättringstavla, via sjukhusets avvikelsehanteringssystem och via uppföljning av dokumentation i Melior/Cognos. Cognosrapporten baseras på sjuksköterskors dokumentation vid utskrivning från vårdavdelning (Figur 6).



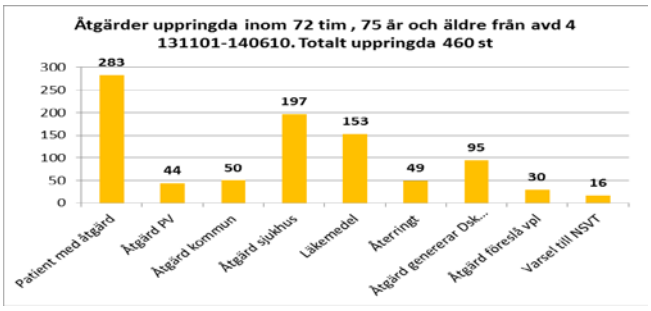
Figur 6 Melior/Cognos-rapport fall 2014

I MedControl PRO (MCP) var antalet dokumenterade fallavvikelser 815 stycken. Antalet avvikelser har ökat de senaste åren, troligtvis kopplat till en större medvetenhet och vilja att registrera halk- fall avvikelser.

Tabell 6 Antal registrerade halk-/fall avvikelser i MCP på SkaS 2011-2014

År	**Antal**
2014	815
2013	712
2012	676
2011	576

Uppföljning inom 48-72 timmar efter utskrivning



Resultat från uppföljning inom 72 timmar efter utskrivning visar att olika åtgärder behövdes i 61 % av de som ringdes upp. 70 % var åtgärder som sjukhuset behövde göra och det var olika problem och fel med läkemedelsbehandlingen åtgärdades mest.

Sommaren 2014

Efter sommaren 2014 gjordes en sjukhusövergripande sammanställning av de avvikelser som registrerats 1 juni – 15 augusti. Det mörkertal som finns i avvikelseregistreringen gör att sammanställningen inte är en total spegling av verkligheten. Dock innehåller sammanställningen viktig information som kan vara till nytta för SkaS patientsäkerhetsarbete. En jämförelse görs av viss data med somrarna 2013 och 2012. Det är dock viktigt att påpeka att eventuella skillnader mellan somrarna kan vara en naturlig variation. För att kunna dra slutsatser behöver data analyseras från flera somrar och jämföras med data från övriga månader på året.

Antalet inträffade avvikelser under sommaren 2014 som registrerats var 822 stycken, vilket är något färre än förra sommaren.

	Juni	Juli	Augusti (1-15)	Totalt sommaren
2014	331	338	153	822
2013	431	341	180	952
2012	439	360	218	1 017

Antalet patientklagomål under sommaren 2014 var: juni 11 stycken, juli 20 stycken och augusti 7 stycken. Fördelningen mellan område kirurgi och område medicin var ungefär lika. Det ses ingen ökning jämfört med föregående sommar. Flertalet avvikelser beskriver bristande kommunikation mellan vårdpersonal och patient/närstående. Endast en avvikelse handlar om förflyttning av patient mellan SkaS utbudsorter, denna transport genomfördes nattetid och utan att närstående informerades. Det finns flera klagomål kopplade till besök/ behandling både ”förgäves” besök och att patienter inte blivit kallade enligt planering. Flera avvikelser finns också kopplade till bristande skyltning till akutmottagning, röntgen och mottagningarna på SkaS Lidköping.

Antalet registrerade vårdskador under sommaren 2014 var 74 stycken, juni 31 stycken, juli 30 stycken och augusti 13 stycken vilket är något färre än sommaren innan (se diagram nedan).

Vårdskadorna som registrerades sommaren 2014 bestod av:

Kategori	Antal	Omr K	Omr M
Fall olyckor	43	10	33
Läkemedelsrelaterade problem	5	3	2
Fördröjd diagnostik/behandling	8	2	5
Tryckskador/övriga hudskador (ex brännskador, skärsår)	5/2	4/1	1/1
Komplikationer i samband med kirurgi	1	1	0
Bemötande	1	1	0
Komplikation i samband med radiologi	1	1	0
Vårdrelaterade infektioner	2	1	1
Suicid	1		1
Upplevd allmän risk för patientsäkerhet	1	1	

Under sommaren 2014 har det förekommit tre dödsfall relaterade till vårdskador (självmord, blodförgiftning, hjärtinfarkt där sjukhuset inte vidtog adekvata åtgärder). Allvarliga skador som förekommit förutom dödsfallen är:

- Skador på huvud, armar, ben och rygg i samband med fallolyckor
- Frakturer vid tre fallolyckor (lårben, höftled, kotfraktur)
- Övertänjd urinblåsa
- Nedsatt psykiskt välbefinnande
- Trycksår och andra hudskador
- Smärta

Under sommaren 2013 förekom det två dödsfall relaterade till vårdskador och 2012 tre dödsfall.

Analys
Skaraborgs sjukhus bedriver ett aktivt arbete med för att skapa en säkrare vård.

Vissa resultat förbättras, andra är svårare att påverka. Strukturer och processer för patientsäkerhetsarbetet är väl inarbetade och fortsatt fokus bör ligga på verktyg, kommunikation och kulturfrågor för att kunna uppnå bättre resultat.

Tidigare av verksamhetscheferna identifierade hot/svagheter som en hög arbetsbelastning, professionell prestige och kortsiktigt tänkande finns kvarstående. Men genom möjligheter till fortsatt dialog, gemensamt lärande och medverkan av patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet kan säkerheten förhoppningsvis påverkas i en positiv riktning.

Övergripande mål och strategier för kommande år
Alla verksamhetschefer har skapat egna patientsäkerhetsplaner för 2015 som bildat underlag för SkaS övergripande patientsäkerhetsplan 2015 (Bilaga 3). Dessutom finns en plan för patientsäkerhetskultur från hösten 2014 (Bilaga 4).

Bilaga 1 Riskanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2013-05	2014-04-08	K	K3 - Barn, Kvinna	Perinatalcentrum
?	2014-08-07	K	K3 - Barn, Kvinna	Sectio på förlossningen
2014-01-09	2014-03-03	K	K3 - Barn, Kvinna	Under byggnation förlossningen
2014-03-10	2014-03-11	K	K3 - Barn, Kvinna	Stängning av gynmottagningen i Falköping och ändrad verksamhet i Mariestad
2014-02-27	2014-05-12	K	K3/K5 - Gyn/Öron	Samlokalisering av gynekologisk-, ögon-, öron & käkkirurgisk verksamhet
2014-02-11	2014-03-06	K	K3 - Barn, kvinna	Säker läkemedelsprocess BUM SkaS - Region-alt projekt.pdf
2014-03-01	2014-03-27	K	K4 - Ort	Ökning av traumapatienter samt omlokalisation av patientgrupp till ny lokal Avd 3 Lidköping
2014-03-27	2014-05-12	K	K4 - Ort	Ortoped mottagningens flytt av kassafunktion-en till centralreceptionen Skaraborgs sjukhus Skövde
2014-05-01	2014-06-26	K	K4 - Ort	Utökning av 14 st elektiva platser Ortopeden samt tillfällig flytt av dessa platser till avd 71-72
2014-06	?	K	K2/K4 – Kir/Ort	Samlokalisering kirurgavdelning 2 & ortope-davdelning 3 sommaren2014
2014-05-13	2014-06-17	SkaS	SkaS	Sommar 2014
2014-02-04	2014-02-24	M	M5 - VUP	Psykoterapi inom psykiatrisk öppenvård vid införande av Psykoterapienhet
2014-01	2014-03	M	M5 - VUP	Stängning av Transkulturell mottagning
2014-09	2014-10	M	M5 - VUP	Flytt till nya lokaler av Psykiatriska mott Mari-estad
2014-05	2014-06	M	M5 - VUP	Flytt av psykosavdelning till hus 4
2014-05	2014-06	M	M5 - VUP	Flytt avd psykos1 från plan 3 till plan2 i hus / SkaSF
2014-11	2014-12	M	M5 - VUP	Risker inom psykiatrisk dagsjukvård efter in-flyttning i lokaler plan 1 SkaSS
2014-11	Pågår	M	M5 - VUP	Risker inom Psykiatrisk akutvård vid planerat öppnande av akutmottagning SkaSF under dag-tid
2014-11	2014-12	M	M5 - VUP	Psykiatrisk arbetsterapi vid flytt till andra loka-ler SkaSF
2014-11	2014-12	M	M4 - Ambulans	Ambulans " IVA-light"
2014-12-19	Pågår	M	M2 - Med	Sommaren 2015 Vårdplaneringsteamets upp-drag upphör 1/6 - 31/8 för att sjuksköterskorna i teamet ska arbeta som avdelningssjuksköters-kor under denna tid.
2014-10-16	2014-11-17	K	K3 - Barn, Kvinna	All barnsjukvård i Skövde sommaren 2015
2014-10-16	2014-11-17	K	K3 - Barn, Kvinna	All gynekologisk sjukvård i Skövde sommaren 2015

2014-11-01	2014-12-15	M	M4 - Akutmott	Omhändertagande av akuta barnmedicinska
2014-09-05	2014-11-03	K	K4 - Ort	Flytt av korsbandsoperationer fr Lidköping till Falköping
2014-09	2014-11	M	M4 - Ambulans	Transportambulans – arbetsmiljö
2014-05-26	2014-06-13	K	K2 - Uro	API urologen
2014-09-25	2014-10-02	K	K5 - Öron	Vid flytt av Käkkirurgiska verksamheten till ett Centra för specialisttandvård
2014-03-18	2014-06-03	K/M	Omr K o Omr M	Sammanslagning av dietist-, kurators- och logopedverksamheten

Bilaga 2 Händelseanalyser

(data hämtad ur NITHA 2015-01-25 och från verksamhetsutvecklare)

Händelse	**Startad**	**Avslutad** Slutrapport låst i NITHA	**Verksamhet**	**Berör**
2009-10-08	2013-07-01	2014-08-25	K2 - Kir	Op ändtarmscancer som diagnostiserades som en ca in situ, 4 år sedan. Visade sig senare vara metastaser
2013-02-07	2014-01-14	2014-11-04	K5 – Ögon	Komplikation efter grå starr operation, som ledde till borttagande av öga
2013-02-11	2013-10-09	2014-09-22	K2 – Uro	Uretärskada vid borttagande av njurstenar
2013-05-13	2013-06-20	2014-01-21	K4 – Ort	Lårbensbrott och muskelskada som uppstod vid knälösning
2013-06-12	2014-05-12	Pågår	M5 – VUP	Självmord
2013-08-16	2013-09-27	2014-03-19	M1 – Stroke	Vårdskaderisk i samband med hög arbetsbelastning
2013-09-23	2013-10-01	2014-06-02	M4 – Akutmott	Förväxling av EKG
2013-10-25	2013-11-04	2014-02-12	K3 – Barn	Bristande provsvarshantering Bilirubin
2013-12-12	2014-04-22	Pågår	M6 – BUP	Bristande patientdelaktighet i vårdinsatser
2014-01-06	2014-01-31	2014-12-12	M3 - Njurmed	Patient med bukdialys avled på grund av tarmperforation.
2014-01-27	2014-02-14	2014-05-02	K3 – Neo	Felkopplad syrgas
2014-02-10	2014-05-19	2014-10-06	M1 - Med	Vårdrelaterad infektion Calici
2014-02-11	2014-03-11	Pågår	K3 – Förl	Gravid patient med komplikationer i grav.v 26 transporteras till Linköping pga platsbrist i Gbg
2014-02-24	2014-05-07	2014-08-18	K1 - Rtg	Kvarlämnad avbruten ledare i uretär
2014-03-11	?	Pågår	M5 – VUP	Självmord
2014-03-13	2014-03-24	2014-08-06	K3 - Barn	Felaktig ordination och administrationssätt av kaliumersättning
2014-03-22	2014-04-08	Pågår	M4 – Akutmott	Missad blindtarmsinflammation
2014-04-17	2014-04-28	2014-08-18	K4 - Ort	Artroskopi i fel knä
2014-06-05	?	Pågår	M1 – Neur/Uro	Patient som just tagit emot cancerbesked får vårdplats på annan sjukhusort/avd än där vård och behandling behöver utföras.
2014-06-06	2014-08-15	2015-01-21	M1 – Med	Fördröjd diagnos av diskbråck
2014-06-11	?	Pågår	M1 – Med	Patient under anemiutredning får vårdplats på annan sjukhusort än där vård o behandling behöver utföras
2014-07-18	?	Pågår	M5 – VUP	Självmord
2014-07-22	2014-10-16	Pågår	M1 – Med	Patient avled efter fördröjd sepsisbehandling
2014-08-16	?	Pågår	M5 - VUP	Självmord
2014-09-01	2014-10-09	Pågår	M5 – VUP	Självmord
2014-09-05	2014-11-05	Pågår	K2 - Kir	Fördröjd diagnos av tumör i tjocktarm o levermetastaser
2014-09-29	2014-10-28	Pågår	K6 – Ane/Kir	Hjärtstopp på kir.avd
2014-11-05	2014-12-12	Pågår	K5 – Öron	Blödning efter tonsillotomi
Genomförda analyser, ej dokumenterade i NITHA				
2013-05-16	2014-05-26	2014-08-15	M5 – VUP	Självmord
2013-11-04	?	2014-10-25	M5 – VUP	Självmord
2013-09-12	2013-11-xx	2014-01-14	M5 - VUP	Bristande kommunikation - tvångsvård
2014-03-15	2014-03-24	2014-09-01	M2 – Med	Dödsfall efter fallolycka

Patientsäkerhetsplan SkaS 2015

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

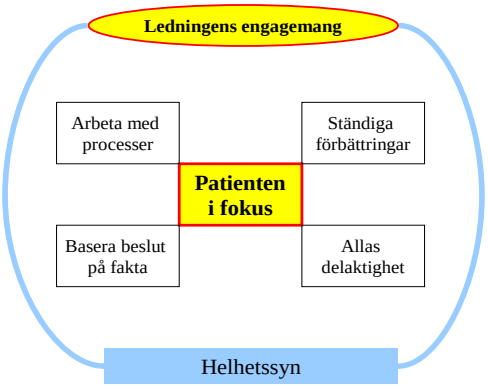
2015-02-09
SkaS 20-2015

”Ännu bättre vård”

Skaraborgs Sjukhus arbetar systematiskt med patientsäkerhet. Vi ger en vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i aktiv samverkan

Skaraborgs sjukhus (SkaS) ska under 2015 aktivt arbeta för en hållbar utveckling av säkra patientprocesser. Patientsäkerhetsarbetet sker utifrån ett hälsofrämjande, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv (ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning) och i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) samt Patientlagen (2013:14). I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är processarbete, samverkan, riskhantering och egenkontroll centrala begrepp, vilket också kännetecknar SkaS patientsäkerhetsplan. Ledningssystem för patientsäkerhet finns inkluderat i sjukhusets webbaserade ledningssystem.

Principerna för offensiv verksamhetsutveckling är basen för sjukhusets systematiska patientsäkerhetsarbete och består av flera aktiviteter med olika angreppssätt och verktyg som stöd (figur 1). Strukturer och processer för patientsäkerhetsarbetet redovisas i SkaS patientsäkerhetsberättelse. Innehållet i patientsäkerhetsplanen ska bidra med strategier och mål för att uppnå en förbättrad patient. I enlighet med patientsäkerhetslagen har alla medarbetare på SkaS ett ansvar för att medverka till en god och säker vård för patienten. Den sjukhusövergripande patientsäkerhetsplanen baseras på tolv verksamhetsområdens patientsäkerhetsplaner.



Figur 1 Principer för offensiv verksamhetsutveckling. Bergman & Klefsjö.

Patienten i fokus

Patienter och närstående skall ses som en viktig resurs i alla processer, deras perspektiv på hur vården utförs ger oss betydelsefull information som är av stor vikt i patientsäkerhetsarbetet. Patientens rätt att bli lyssnad till och tas på allvar står fortsatt i fokus. Vi ser patienten som en naturlig partner i vården och eftersträvar en personcentrerad vård. Patienter och närståendes möjlighet att dela med sig av upplevelser och känslor i olika sammanhang vid kontakt med hälso- och sjukvård skall uppmuntras. Patienter och närstående skall göras delaktiga i patientsäkerhetsarbetet, såväl i analysarbete som i det fortsatta förbättringsarbetet.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Arbeta för att öka patienternas kunskap om generella risker och hur patienten själv kan bidra för att stärka skyddsnäten i den egna vårdprocessen. Försäkra oss om att patienten förstått den givna informationen.
- Aktivt tillvarata patientupplevda avvikelser och uppmuntra patienter/närstående att delta i förbättringsarbete, i pågående patientprocessarbeten samt vid risk- och händelseanalyser.

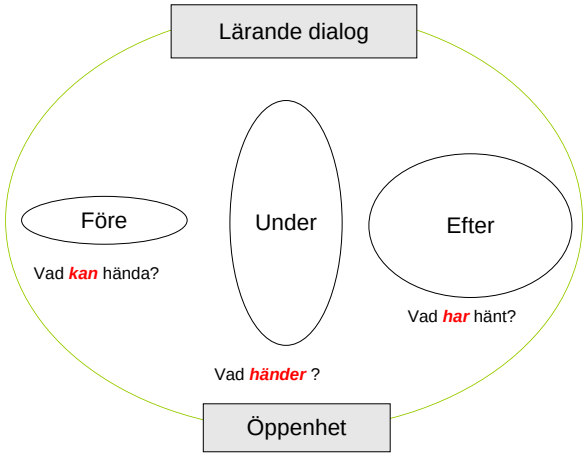
- Aktivt tillvarata patientupplevda avvikelser i ledning och styrning av verksamheten.
- Börja registrera IVO-ärenden och ärenden från Patientnämnden som ”patientklagomål” i avvikelsesystemet.
- Be om ursäkt, informera och ge stöd till patient och närstående då en vårdskada inträffat.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen

- Erbjuda patienter och närstående möjlighet till dialog i utbuds-orternas entréhallar.
- Bidra med patientberättelser/patientfall som kan användas i verksamheternas patientsäkerhetsarbete.
- Samverkar med Patientnämnden genom ”Kvalitetsforum” och arbetsmöten för att få viktig information till sjukhusets säkerhetsarbete.
- Anmäla allvarliga vårdskador till IVO enligt lex Maria.

Arbeta med processer

SkaS ska under 2015 lägga ett fortsatt fokus på ett aktivt riskförebyggande arbete i patientprocesserna. Riskerna ska så tidigt som möjligt identifieras och prioriteras utifrån allvarlighetsgrad och risk för upprepande. Utifrån identifierade risker genomförs förbättringar som skapar säkrare patientprocesser. Riskhantering bör ske i realtid såväl som i förebyggande syfte både för den enskilda patienten som för grupper av patienter (figur 2).



Figur 2 Från vad har hänt till mera fokus på vad kan hända?

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef/Processchef

- Riskanalys av patientsäkerhet ska ingå i processkartläggning i varje patientprocess.
- Alla patienter > 65 år skall riskbedömas avseende trycksår och halk/fall och alla patienter > 18 år skall riskbedömas avseende undernäring. Vid identifierad risk ska åtgärder vidtas och följas upp. Arbetet ska dokumenteras i patientens journal.
- Fortsatt förbättringsarbete inom sjukhusets fokusområden avseende patientsäkerhet: Kommunikation, läkemedelsrelaterade problem, vårdrelaterade infektioner, undernäring, halk/fall och trycksår. Speciellt fokus på läkemedelsrelaterade problem i vårdens övergångar samt vårdrelaterade infektioner.

- Arbeta för ”säkra” vårdplatser då patienter vårdas som utlokaliserade eller på överbeläggningsplats.
- Bidra till säkra utskrivningar – ”rätt från oss”, för att minska oplanerade återinläggningar inom 30 dagar och minska antalet avvikelser från kommunerna i Skaraborg.
- Genomföra händelseanalyser inom 60 dagar vid allvarlig vårdskada.
- Tillse att det finns en struktur för uppföljning av beslutade förbättringsåtgärder i risk- och händelseanalyser samt följa upp resultatet av vidtagna åtgärder efter risk- och händelseanalyser.

Ansvarig: Verksamhetschef och förvaltningskontoret
Fortsatt arbete för en processorienterad bemanning. Ytterligare fyra enheter (totalt åtta enheter) ska redovisa sitt arbete innan sommaren inom projektet processorienterad bemanning - PROBE. Stöd ges till dessa enheter att genomföra riskanalys i patientprocessen, säkerhetsdialog och stöd kring kompetens-/bemanningsfrågor.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen
- Ansvara för och samordna temadagar för analysledare om risk- och händelseanalys för gemensamt lärande.
- Kvalitetsgranska händelseanalyser innan publicering i nationell kunskapsbank.
- Utveckla riskbedömningsmall för trycksår, halk- fall och undernäring.
- Delta i regionalt arbete med framtagande av medicinsk riktlinje för en säker rutin vid utskrivning från slutenvård och hemgångar från akutmottagningar.
- Erhålla utbildning i FRAM analys som en riskanalysmodell med systemperspektiv.
- Utveckla systemmodeller för arbetet med patientsäkerhet i realtid i samverkan med intresserade verksamheter.

Basera beslut på fakta
Sjukhuset skall med egenkontroll följa upp patientsäkerhetsarbetet för att öka möjligheten till lärande och fortsatt utveckling där det bäst behövs. Vissa mått följs på sjukhusövergripande nivå men det krävs också *lokala mätningar* för att öka drivkraften i förbättringsarbetet. Patientsäkerhetsarbetet dokumenteras i en patientsäkerhetsberättelse på sjukhusövergripande nivå efter varje kalenderår.

Nedanstående mått har särskilt fokus i den sjukhusövergripande verksamhetsplanen:

Mått	Mål
Resultatmått	
Andel vårdkontakter med skada (via markörbaserad journalgranskning)	Visionen är 0 %, en gradvis förbättring eftersträvas
Andel vårdrelaterade infektioner (nationella punktprevalensmätningar vår och höst)	< 7 %
Andel oplanerade återinläggningar inom 30 för patienter 65 år och äldre	Ska minska med 10 %
Processmått	
Andel utskrivningsinformation i patientjournalen som innehåller läkemedelsinformation	2015 > 25 % Långsiktigt 100 %

Övriga mått som följs på sjukhusövergripande nivå:

Mått	Mål
Resultatmått	
Antal registrerade avvikelser med risk för vårdskada och vårdskada (ur MedControl PRO/mån)	
Andel trycksår/tryckskada grad 1-4 som uppstått på SkaS av totala antalet tryckskador	< 15 %
Antal fallolyckor med förlängd vårdtid per månad (ur Melior/Cognos).	Ska minska med 1/3
Processmått	
Benägenheten att rapportera händelser (medarbetarupplevelse)	Index > 50 (Patientsäkerhetskulturmätning)
Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete (medarbetarupplevelse)	Index > 35 (Patientsäkerhetskulturmätning)
Överlämningar och överföringar av patienter och information (medarbetarupplevelse)	Index > 50 (Patientsäkerhetskulturmätning)
Antal utlokaliserade patienter	Målet är att inga patienter ska vara utlokaliserade
Beläggningsgrad – vårdplatser	< 90 % i genomsnitt
Andel antibiotikabehandlingar som nyinsatts på grund av vårdrelaterad infektion (via Infektionsverktyget)	Visionen är 0 %, en gradvis förbättring eftersträvas.
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (punktprevalensmätning 2 gånger per år)	Mål 2015 är > 80 % Långsiktigt mål 100 %
Andel operationer där följsamhet till checklistan för Safe Surgery är 100 %	100 %
Andel dokumenterade riskbedömningar av trycksår, fall och undernäring inom 24 timmar på patienter > 65 år (Melior-Cognos rapport)	> 50 %
Andel patienter som får en åtgärd vid dokumenterad risk för fall	> 70 %
Andel riskpatienter som får minst två förebyggande åtgärder vid dokumenterad risk för tryckskada	> 60 %
Andel patienter som får en åtgärd vid dokumenterad risk för undernäring	> 70 %

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Att delta i punktprevalensmätningar av basala hygienrutiner/klädregler och vårdrelaterade infektioner 2 ggr/år och trycksår en gång/år. Genomföra lokalt förbättringsarbete kopplat till eget resultat. Egna punktprevalensmätningar kan med fördel genomföras med tätare tidsintervall och visualiseras på styrtavla.
- Tillse att det finns mål och mått kopplade till patientsäkerhet i verksamhetens styrkort, patientsäkerhetsplaner och processutvecklingsplaner.
- Återkoppling av verksamhetens avvikelser till medarbetarna ska förbättras och en fortsatt utveckling av hur avvikelser används i förbättringsarbetet.
- Initiera verksamhetsspecifika markörbaserade journalgranskningar (MJG) för att identifiera förbättringsområden.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen

- Systematisera analys och återkoppling av avvikelser på sjukhusövergripande nivå samt delta i förbättringsarbete kopplat till användning av avvikelsesystemet.
- Följa upp andelen vårdskador på SkaS genom journalgranskning med verktyget markörbaserad journalgranskning MJG samt dokumentera i nationell databas. Påbörja journalgranskning inom psykiatri och barnmedicin.
- Uppmuntra och stödja användning av webbverktyget ”Rutinkollen” för egenkontroll av patientsäkerhet på enhetsnivå.
- Stödja tillämpningen av Infektionsverktyget som uppföljningsverktyg.
- Sammanställa SkaS patientsäkerhetsarbete i årlig patientsäkerhetsberättelse

Ständiga förbättringar

Säkerhetsarbetet skall genomsyras av ständiga förbättringar såväl sjukhusövergripande som i det dagliga arbetet. Sjukhusövergripande stöd ges till verksamheterna i patientsäkerhetsarbetet kopplat till utvecklingsområdena: kommunikation, läkemedelsrelaterade problem, vårdrelaterade infektioner, undernäring, halk/fall och trycksår. Strålsäkerhetsarbetet bör intensifieras utifrån strålsäkerhetsmålen i VGR.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Daglig uppföljning av områden kopplade till patientsäkerhets via ”förbättrings-/styrtavlor”, eller liknande.
- Minska läkemedelsfel genom att införa läkemedelsberättelse och enkel läkemedelsgenomgång.
- Öka följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Uppmuntra att medarbetare går webb-utbildningen ”hygienkörkort” och uppmuntra egenkontroll på enhetsnivå via ”hygienrond”.
- Minska andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner genom systematiskt förbättringsarbete och följsamhet till ny SkaS-rutin för KAD.
- Minska andelen postoperativa sårinfektioner genom systematiskt förbättringsarbete

- Minska andelen infektioner relaterade till centrala infarter genom systematiskt förbättringsarbete
- Minska förekomst av trycksår genom systematiskt förbättringsarbete enligt SkaS trycksårs plan och användning av framtaget material för ”trycksårsrond”.
- Minska antalet halk-/fallolyckor genom systematiskt förbättringsarbete och användning av framtaget material för ”fallriskrond”.
- Minska andelen patienter med undernäring genom systematiskt förbättringsarbete
- Minska förskrivningen av antibiotika.
- Bidra till rökstopp och speciellt inför operation
- Minska brister i kommunikation genom systematiskt förbättringsarbete, SBAR vid behov i speciella situationer.
- Bidra till ”Safe Surgery”.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen

- Stödja uppföljning av VRI via ”Infektionsverktyget” och tillse att det finns en kontaktläkare för Infektionsverktyget på SkaS
- Stödja STRAMA-gruppens arbete
- Inventera behovet av utrustning för att kunna genomföra åtgärder vid risk för trycksår och fall.
- Stödja ett sjukhusövergripande förbättringsprojekt angående vårdrelaterade urinvägsinfektioner.
- Regelbundna registreringar av överbeläggningar görs och rapporteras till SKL månadsvis. En aktuell handlingsplan ska finnas.

Ansvarig: Kvalitetsfunktionen

- Ge stöd och utbildning till tavelledarnätverk.

Allas delaktighet

En öppenhet och spridning av kunskap kring patientsäkerhet är av stor vikt. För att kunna uppnå en god och säker vård, är allas delaktighet av största värde. Alla yrkeskategorier behöver bidra med sina speciella kompetenser tillsammans med patient och närstående. En drivkraft i patientsäkerhetsarbetet kan vara att ha ett patientsäkerhetsombud som ständigt påminner om vikten av säkerhetsarbete.

Patientsäkerhetskulturmätningen i maj 2013 påvisade att sjukhuset är bra på att samarbeta inom vårdenheterna men behöver utveckla samarbetet mellan olika enheter. Detta borde kunna förbättras genom ett mer utvecklat patientprocessarbete utifrån patientens resa. SkaS samverkar med sina vårdgrannar kring patientsäkerhetsfrågor.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Tillser att medarbetarna har kunskap om patientsäkerhetsarbete.
- Varje verksamhet genomför minst en patientsäkerhetsgenomgång under året.
- Varje verksamhet har patientsäkerhetsombud (kan kombineras med andra ombudsuppdrag t.ex. hygienombud).
- Patientprocessarbete drivs med delaktighet av alla yrkeskategorier och patient/närstående.

- Bidra till hög svarsfrekvens i årets mätning av patientsäkerhetskultur.
- Bidra till att goda exempel på lyckade förbättringar av patientsäkerhet på SkaS sprids inom organisationen.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen

- Patientsäkerhetswebben, det interna nätet skall utvecklas.
- Arrangera utbildning och workshop för patientsäkerhetsombud.
- Bidrar med utbildning inom patientsäkerhetsområdet vid behov (t.ex. AT-utbildning, ST-utbildning och fördjupat kompetensbevis för undersköterskor, SIPP- och SIPU-program).
- Ansvara för att riktade aktiviteter för att förbättra kommunikation i vårdens övergångar.
- Planera och genomföra patientsäkerhetskulturmätning under våren 2015.

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen/Kvalitetsfunktionen

- Bidra med metodstöd till processchefer/-ledare
- Planera och genomföra en Patientsäkerhets-/Kvalitetsdag i november med tävlingsmoment kopplat till patientsäkerhet

Ledningens engagemang

Ledningens engagemang återkommer i olika sammanhang som en viktig faktor för att lyckas med förbättringsarbete. Patientsäkerhet och arbetsmiljö är beroende av varandra. Att vara engagerad innebär att man som chef på alla nivåer behöver kunskap och känner sig motiverad till att arbeta med säkerhetsfrågor. Ett ansvar ligger i att se till att medarbetare som varit inblandade i allvarliga vårdskador får det stöd som de behöver. Patientsäkerhet är ett viktigt fokusområde för SkaS, en speciell fokusgrupp för patientsäkerhet kommer att börja verka under 2015.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Varje verksamhetsområde skall ha en egen plan för sitt patientsäkerhetsarbete som också beskriver aktiviteter för att förbättra patientsäkerhetskultur.
- Patientsäkerhet bör vara en stående punkt på ledningsgruppers agenda för att skapa drivkraft i säkerhetsarbetet.
- Ge medarbetare utrymme till reflektion i det dagliga arbetet.
- Ge stöd till medarbetare i situationer med allvarlig vårdskada

Ansvarig: Patientsäkerhetsfunktionen

- Aktivt stödja SkaS chefer med fokus på aktiviteter/åtgärder för en förbättrad patientsäkerhet. Kommer att ske genom dialogbaserad uppföljning av patientsäkerhetsarbetet.
- Förtydliga strukturen avseende ansvar/funktion för patientsäkerhetsfrågor och ta fram förslag på en utbildnings- och kompetensplan för patientsäkerhet
- Fortsätta utveckla ledningssystem för systematiskt patientsäkerhetsarbete i samarbete med kvalitets- och utvecklingsfunktionerna.
- Delta i regionala nätverk för erfarenhetsutbyte av patientsäkerhetsfrågor.

Helhetssyn

Patientsäkerhetsarbetet på SkaS ska kännetecknas av en helhetssyn kring patientens vårdresa där riskhantering och ständiga förbättringar är centrala arbetssätt som integreras med varandra. Vi arbetar för en öppen, tydlig och rak kommunikation såväl mellan olika yrkesgrupper som mellan personal och patient. Dialoger kring patientsäkerhetsarbetet skall ske på alla nivåer inom SkaS: sjukhusövergripande, områdesövergripande, på verksamhetsnivå, på enhetsnivå och individnivå. Dialoger med övriga aktörer utanför SkaS är också viktiga. Att sprida god utveckling och att inspireras av andras arbete är viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet.

Att uppnå en förbättrad patientsäkerhetskultur innebär att klimatet för patientsäkerhetsarbete måste vara gott. Ett gott säkerhetsklimat uppnår vi genom att aktivt stimulera till dialoger kring patientens säkerhet i alla sammanhang och genom att vi tillämpar de verktyg och metoder som finns kopplade till patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet ska vara integrerat i sjukhusets kvalitetsarbete och bygger på principerna för offensiv verksamhetsutveckling. Patientsäkerhetsarbete bör förstärka det som är positivt och som bidrar till hög säkerhet, avvikelser ska ses som möjligheter till förbättring.

Upplevd patientsäkerhetskultur har en stark koppling till upplevd arbetsmiljö och till upplevd patientnöjdhet. För att skapa en god och säker vård bör dessa delar analyseras gemensamt.

Datum 2014-08-14
Diarienummer SkaS 20-2014

Chefläkarfunktionen
Handläggare: Susanne Gustavsson
Telefon: 0500-43 10 78
E-post: Susanne.m.gustavsson@vgregion.se

Handlingsplan för patientsäkerhetskultur Skaraborgs Sjukhus 2014-2015

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) genomförde våren 2013 för andra gången en sjukhusövergripande patientsäkerhetskulturmätning via enkät. Vid mätningen besvarades enkäten av 2 937 medarbetare (svarsfrekvens 83,1 procent).

Analys
SkaS har tidigare genomfört en likadan patientsäkerhetskulturmätning våren 2011. Vid jämförelse av resultaten från de båda mätningarna kan man se att SkaS i flera dimensioner har försämrat sitt resultat. Att resultatet försämras vid den andra mätningen är vanligt förkommande och kan bero på en större medvetenhet kring patientsäkerhetsfrågor vilket leder till att medarbetare blir mera kritiska i sitt tänkande och därför uppger lägre nivåer i enkäten. De dimensioner som försämrats är:

- Återföring och kommunikation kring avvikelser (-16)
- Öppenhet i kommunikationen (-16)
- Självskattad patientsäkerhetsnivå (-13)
- Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet (-13)
- Sammantagen säkerhetsmedvetenhet (-12)
- Arbetsbelastning och personaltäthet (-10)

Övriga dimensioner ligger på ungefär samma nivå som vid den förra mätningen. En dimension har dock förbättrat sitt resultat ”information och stöd till patient vid negativ händelse” (+5), vilket ses som positivt.

Resultatet av 2013 års mätning har redovisats för SkaS ledningsgrupp och på områdesledningarna. Resultatet har också redovisats på verksamhets- och enhetsnivå där ytterligare analys på frågenivå genomförts.

Sedan den tidigare mätningen har SkaS genomfört flera aktiviteter för att förbättra patientsäkerhetskulturen (se bilaga 1). Arbetsgruppen för patientsäkerhetskultur har träffats vid flera tillfällen och bland annat tagit fram modeller för patientsäkerhetsgenomgångar. SkaS har aktivt arbetat för att öka patientens kunskap om generella risker inom vården och hur patienten själv kan bidra för att stärka patientsäkerheten. Flera medarbetare (ca 90 personer) med funktionen som patientsäkerhetsombud har genomgått en grundläggande utbildning i patientsäkerhet (heldag), samt träffats på nätverksträffar. Flera verksamhetsområden har egna patientsäkerhetsplaner som harmoniserar med sjukhusets

övergripande patientsäkerhetsplan och ett flertal patientsäkerhetsgenomgångar (dialoger/ronder) har genomförts på verksamhetsnivå.

Under hösten 2013 har flertalet verksamhetsområden på SkaS arbetat med tema patientsäkerhetskultur i samband med utvecklingsdagar och på arbetsplatsträffar. Vid flera av dessa tillfällen har chefläkare och/eller chefsjuksköterska deltagit.

En sjukhusövergripande patientsäkerhetsdag anordnades den 25 oktober med 170 deltagare. Inspirationsföreläsningar hölls bland annat om implementering, Södra Älvsborgs Sjukhus (SäS) patientsäkerhetsarbete och goda exempel från verksamheten. En film som spelats in om en berättelse från en närstående visades också.

Uppdragsledare för patientsäkerhet har arbetat vidare med sitt stöd till verksamheten inom SkaS fokusområden för patientsäkerhet (Trycksår, fall, undernäring, läkemedelsrelaterade problem, vårdrelaterade infektioner, kommunikation).

Glädjande kan man på SkaS se förbättrade resultat när det gäller följsamhet till basala hygienrutiner och förekomst av trycksår. Det finns också mätningar på enskilda enheter som kan visa på en minskning av läkemedelsrelaterade problem. Vid en enkät våren 2014 svarar 65 procent av de enheter som besvarat enkäten att de använder SBAR som strukturerat kommunikationssätt i någon form.

Mål

De mål som sattes efter den första patientsäkerhetskulturmätningen har inte infriats, målen kvarstår därför.

Dimension	Mål	Utfall 2011	Utfall 2013
Öppenhet i kommunikation	Bibehållen nivå	71	55
Samarbete inom vårdenheten	Bibehållen nivå	80	75
Högsta ledningens stöd	Förbättras	32	19
Benägenheten att rapportera händelser	> 50	38	34
Överlämningar och överföringar av patienter och information	> 50	45	43

Fortsatt handlingsplan 2014-2015

Att uppnå en förbättrad patientsäkerhetskultur innebär att klimatet för patientsäkerhetsarbete måste vara gott. Ett gott säkerhetsklimat uppnår vi genom att aktivt föra dialoger kring patientens säkerhet i alla sammanhang och genom att vi tillämpar de verktyg och metoder som finns kopplade till patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet ska vara integrerat i sjukhusets kvalitetsarbete och bygger på principerna för en offensiv verksamhetsutveckling. I SkaS patientsäkerhetsplan (bilaga 2) finns planerade aktiviteter beskrivna, nedan ges några exempel:

- Uppdragsledare för patientsäkerhet arbetar vidare med SkaS fokusområden för patientsäkerhet (Trycksår, fall, undernäring, läkemedelsrelaterade problem, vårdrelaterade infektioner, kommunikation). Utveckling av dokumentation i patientens journal för riskbedömning, åtgärd och utvärdering.

- Patienter och närstående uppmuntras till att berätta om upplevda avvikelser. Fortsatt förbättringsarbete pågår med dessa upplevelser som underlag. Patienter och närstående ska uppmuntras att aktivt delta i SkaS förbättringsarbete.

- Enheter på sjukhuset erbjuds att genomföra hygienronder med hjälp av en checklista för egenkontroll framtagen av vårdhygien. En liknande egenkontroll för trycksårsförebyggande arbete finns också framtagen av uppdragsledare för patientsäkerhetsuppdrag trycksår.

- Under den nationella patientsäkerhetskonferensen i Stockholm 23-24 september kommer SkaS att delta med flera posters och två muntliga bidrag angående sitt patientsäkerhetsarbete.

- Under hösten kommer en patientsäkerhetsplan att fastställas för SkaS patientsäkerhetsarbete 2015.

Uppföljning
SkaS har under år 2012 -2014 haft sjukhusövergripande patientsäkerhetsplaner med fastställda aktiviteter kopplade till patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsarbetet följs upp i patientsäkerhetsberättelse varje år. Uppföljning sker också via utvecklingsdialoger ca tre ggr per år med alla verksamheter och i SkaS styrkort. Den kritiska framgångsfaktorn säker vård har ett mål på 100 procent när det gäller andel verksamheter som arbetar strukturerat med patientsäkerhet. Flertalet av sjukhusets enheter arbetar med ständiga förbättringar kopplat till patientsäkerhet och gör egna uppföljningar utifrån satta mål. Nästa patientsäkerhetskulturmätning planeras till våren 2015.

SKARABORGS SJUKHUS

Lars Johansson
sjukhusdirektör

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 2

Delegeringsordning Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SkaS 80-2015

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-03-05
Diarienummer SkaS 80-2015

Skaraborgs Sjukhus
Handläggare: Christel Karlsson
Telefon: 0500-431124
E-post: christel.karlsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Delegeringsordning för Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutar att anta delegeringsordningen för Skaraborgs Sjukhus

Sammanfattning av ärendet

Kommunalrättsliga förutsättningar
De lagliga förutsättningarna för delegering finns i 6 kap. 33-38 §§ kommunallagen. En nämnd får uppdra åt ett utskott, åt en ledamot, eller ersättare eller åt en anställd i Västra Götalandsregionen att besluta å nämndens vägnar. Delegering kan avse en hel ärendegrupp eller ett enskilt ärende. Beslut som fattas med stöd av delegering ska anmälas till styrelsen.

Styrelsen får uppdra åt ordföranden, eller en annan ledamot som styrelsen har utsett, att besluta på styrelsen vägnar i ärenden som är så brådskande att styrelsens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska anmälas vid styrelsens nästa sammanträde.

Om styrelsen uppdrar åt sjukhusdirektören att fatta beslut, får styrelsen överlåta åt sjukhusdirektören att i sin tur vidaredelegera beslutanderätten. En delegering kan vidaredelegeras endast i ett led. Vidaredelegat har ingen ersättare utan går tillbaka till den som har delegeringsrätten från styrelsen.

Styrelsen kan när som helst återkalla en delegering eller föregripa ett beslut genom att ta över ärendet från delegaten och själv fatta beslut. Både styrelsen och sjukhusdirektören som fått rätt att vidaredelegera ett beslut kan återkalla vidaredelegeringen eller föregripa ett beslut som vidaredelegeras genom att själv fatta beslut i ärendet.

Det går inte att delegera beslutanderätten till anställd och förtroendevald i förening (s.k. blandad delegering), det går inte att delegera beslutanderätten till ett ”presidium” och vissa ärenden får inte delegeras. Utöver de beslut som finns i standarden finns även delegering direkt från regionstyrelse till förvaltningschef.

Regional standard
Regiondirektören har fastställt en standard för delegeringsordningar i Västra Götalandsregionen (2015-01-19, § 3). Standarden innehåller förutsättningar för delegering, standard för delegeringsordning, instruktioner till delegater, förvaltningschefer och sekreterare samt mallar för delegeringsprotokoll, anmälningar mm. Standarden ska användas som ett underlag för 2015 års revidering av nämndernas delegeringsordningar.

Skaraborgs Sjukhus

Lars Johansson	Madelén Schöldberg
sjukhusdirektör	administrativ chef

Bilaga
Delegeringsordning för Skaraborgs Sjukhus

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

		Publiceringsdatum:	Diarienr: SkaS 80-2015
Ämne:	Dokumentnamn: Delegeringsordning för Skaraborgs Sjukhus	Gäller vid: SkaS	Sida: 1 (14)
Handläggare: Christel Karlsson	Godkänt av: Sjukhusstyrelsen 2015-03-20	Revideringsdatum:	Version:

Delegeringsordning för Skaraborgs Sjukhus

Förutsättningar för delegering

Lagregler om delegering
De lagliga förutsättningarna för delegering finns i 6 kap. 33-38 §§ kommunallagen.

Nämnddelegering
En nämnd får uppdra åt ett utskott, åt en ledamot, eller ersättare eller åt en anställd i Västra Götalandsregionen att besluta å nämndens vägnar. Delegering kan avse en hel ärendegrupp eller ett enskilt ärende.

Anmälningsskyldighet
Styrelsen har det yttersta ansvaret för verksamheten. Beslut som fattas med stöd av delegering ska därför anmälas till styrelsen. Det är styrelsen som bestämmer hur anmälan ska ske.

Brådskande ärenden
Styrelsen får uppdra åt ordföranden eller en annan ledamot som styrelsen har utsett att besluta på styrelsen vägnar i ärenden som är så brådskande, att styrelsens avgörande inte kan avvaktas. Sådana beslut ska anmälas vid styrelsens nästa sammanträde.

Vidaredelegering
Om styrelsen uppdrar åt sjukhusdirektören inom styrelsens verksamhetsområde att fatta beslut, får styrelsen överlåta åt sjukhusdirektören att i sin tur vidaredelegera beslutanderätten, dvs. sjukhusdirektören uppdrar åt en annan anställd att besluta i stället. En delegering kan vidaredelegeras endast i ett led. Vidaredelegat har ingen ersättare utan går tillbaka till den som har delegeringsrätten från styrelsen, oftast sjukhusdirektören. Styrelsen bestämmer hur anmälan ska ske.

Återkallelse av delegering
Styrelsen kan när som helst återkalla en delegering eller föregripa ett beslut i ett visst ärende genom att ta över ärendet från delegaten och själv fatta beslut.
Både styrelsen och sjukhusdirektören som fått rätt att vidaredelegera ett beslut kan återkalla vidaredelegeringen eller föregripa ett beslut som vidaredelegeras genom att själv fatta beslut i ärendet.

Delegeringsförbud

Det går inte att delegera beslutanderätten till anställd och förtroendevald i förening (s.k. blandad delegering), det går inte att delegera beslutanderätten till ett ”presidium” och vissa ärende får inte delegeras.

- Ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet.
- Framställningar eller yttranden till fullmäktige.
- Yttranden med anledning av att beslut av styrelsen i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats.
- Ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.
- Ärendens om väckts genom medborgarförslag och som överlåtits till styrelsen.
- Vissa ärenden som anges i särskilda föreskrifter.

Utöver de beslut som finns i standarden finns även delegering direkt från regionstyrelse till förvaltningschef. Dessa är enligt regionstyrelsens delegeringsordning följande:
• Teckna kollektivavtal inom ramen för AB
• Teckna lokala kollektivavtal inom ramen för LAFF
• Teckna lokala kollektivavtal om lön, förmåner och ersättningar i övrigt.
Beslut med stöd av dessa delegeringar anmäls direkt till regionstyrelsen

Delegeringsbeslut eller verkställighetsbeslut

Kommunallagen skiljer mellan beslut som delegeras (delegeringsbeslut) och beslut som innebär ren verkställighet. Gränsdragning mellan delegering och ren verkställighet är emellertid inte helt klart. Några skillnader kan dock uppmärksammas.

Delegeringsbeslut

- Delegering innebär att överföra beslutanderätten styrelsen till en delegat (= den person som på styrelsens vägnar har fått rätt att besluta i visst ärende).
- Ett delegeringsbeslut kännetecknas att det finns alternativa lösningar och att vissa överväganden och bedömningar måste göras av beslutsfattaren innan beslut fattas.
- Beslut som fattas med stöd av delegation är juridiskt sett ett nämndbeslut och kan inte ändras av styrelsen.
- Ett beslut fattat enligt delegation kan laglighetsprövas. Det innebär att delegatens beslut kan överklagas i allmän förvaltningsdomstol på samma sätt som styrelsens beslut.

Verkställighetsbeslut

- Verkställighetsbeslut kännetecknas av att utrymme saknas för alternativa lösningar eller självständiga bedömningar.
- Verkställighetsbeslut är beslut av rutinmässig art som regelmässigt fattas av de anställda i kraft av deras tjänsteanställning.
- Verkställighetsbeslut grundar sig på tillämpning av tidigare beslut, policy och riktlinjer, lagstiftning, regel i avtal och arbetsbeskrivningar.
- Verkställighetsbeslut kan inte överklagas i allmän förvaltningsdomstol enligt kommunallagens bestämmelser.
- Verkställighetsbeslut behöver inte anmälas till styrelsen.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

		Publiceringsdatum:	**Diarienr:** SkaS 80-2015
Ämne:	**Dokumentnamn:** Delegeringsordning för Skaraborgs Sjukhus	**Gäller vid:** SkaS	**Sida:**
Handläggare: Christel Karlsson	**Godkänt av:** Sjukhusstyrelsen 2015-03-20	**Revideringsdatum:**	**Version:**

Delegeringsordning

Ärenden	Område	Delegerat till	Vidare-delegering	Villkor/avgränsning	Anmärkning
1. Brådskande ärenden som inte kan anstå till nästa möte med styrelsen	Styrelsen	Ordförande	Nej	Vice ordförande är ersättare	Kommunallagen (KomL) 6 kap §36
2. Uppdrag till styrelsens ledamöter om att delta i kurser och konferenser	Styrelsen	Ordförande	Nej	Vice ordförande är ersättare	
3. Tillfällig stängning av medicinska verksamheter	Verksamhet	Sjukhusdirektör	Nej	Samråd med chefläkare	
4. Tillfällig stängning av övriga verksamheter	Verksamhet	Sjukhusdirektör	Nej		
5. Beslut om verksamhetens organisation och resursfördelning	Verksamhet	Sjukhusdirektör	Nej		
6. Beslut som rör förändring av antalet vårdplatser	Verksamhet	Sjukhusdirektör	Nej		
7. Utse säkerhetsansvarig/säkerhetsfunktion	Verksamhet	Sjukhusdirektör	Nej		
8. Anställa personal	HR	Sjukhusdirektör	Ja		
9. Avstängning från tjänst, avsked och uppsägning utan egen begäran	HR	Sjukhusdirektör	Ja		
10. Disciplinpåföljd	HR	Sjukhusdirektör	Ja		
11. Fastställa organisation för arbetsmiljöarbetet	HR	Sjukhusdirektör	Nej		
12. Avskrivning/nedskrivning av fordringar per ärende	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		

Delegeringsordning

Beslut	Område	Delegerat till	Vidare-delegation	Villkor/avgränsning	Anmärkning
13. Utse attestanter och utanordnare	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		Attest- och utanordningsreglemente
14. Träffa och säga upp avtal för varor och tjänster (exklusive leasingavtal och IT-avtal) när detta inte är en uppgift för servicenämnden	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		
15. Sälja eller ge bort lös egendom	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		RS § 317/2009
16. Ta emot gåva	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		RSK 98-2001 Riktlinjer vid gåva. Beakta Socialstyrelsens riktlinjer för gåvor till personal inom hälso- och sjukvård.
17. Ersättning till patienter och personal för förkomna eller skadade tillhörigheter	Ekonomi	Sjukhusdirektör	Ja		
18. Träffa och säga upp hyresavtal för lokaler	Service	Sjukhusdirektör	Nej	Årshyra högst 1 Mkr eller med en kontraktstid högst 4 år.	RS 19 juni 2012, § 137
19. Beslut att inte lämna ut allmän handling	Administration	Sjukhusdirektör	Ja		OSL 6 Kap
20. Avvisande av överklagande som inkommit försent	Administration	Sjukhusdirektör	Ja		
21. Mottagande av delgivning	Administration	Sjukhusdirektör	Nej		
22. Beslut med anledning av styrelsens personuppgiftsansvar	Administration	Sjukhusdirektör	Nej		Personuppgiftslagen (PUL) T.ex. biträdesavtal
23. Utse personuppgiftsombud	Administration	Sjukhusdirektör	Nej		Personuppgiftslagen (PUL) 3 §. Anmäls till Datainspektionen
24. Fastställande av arkivorganisation	Administration	Sjukhusdirektör	Nej		

Sjukhusdirektörens vidaredelegering

Beslut	Område	Vidaredelegerat från sjukhusdirektören till delegat	Ansvarig för anmälan av beslut till styrelsen	Villkor/avgränsning
8. Anställa personal	HR	Biträdande sjukhusdirektör, personer direkt underställda sjukhusdirektören och chefer inom förvaltningskontoret anställs av sjukhusdirektören. Verksamhetschef anställs av sjukhusdirektör. Enhetschef anställs av överordnad chef. Övrig personal anställs av närmast överordnad chef. AT-läkare anställs av verksamhetschef för VO Utbildning.	Beslutsfattande personal	Vid tillsättning och lönesättning ska avstämning med HR-chefen ske innan erbjudanden lämnas. Tillsvidareanställning fattas på delegering. Övriga anställningar är verkställighetsbeslut
9. Avstängning från tjänst, avsked och uppsägning utan egen begäran	HR	Verksamhetschef för personal inom verksamhetschefens område. Sjukhusdirektör för personal inom förvaltningskontoret. För personal direkt underställd sjukhusdirektören beslutar sjukhusdirektören.	Beslutsfattande personal	Avstängning från tjänstgöring får endast ske i samråd med HR-chef
10. Disciplinpåföljd	HR	Verksamhetschef för personal inom verksamhetschefens område. Sjukhusdirektör för personal inom förvaltningskontoret. För personal direkt underställd sjukhusdirektören beslutar sjukhusdirektören.	Beslutsfattande personal	
12. Avskrivning/nedskrivning av fordringar per ärende	Ekonomi	Ekonomichef	Ekonomichef	Högst 2 basbelopp
13. Utse attestanter och utanordnare	Ekonomi	Ekonomichef	Ekonomichef	Attest- och utanordningsreglemente
14. Träffa och säga upp avtal för varor och tjänster (exklusive leasingavtal och IT-avtal) när detta inte är en uppgift för servicenämnden	Ekonomi	Ekonomichef	Ekonomichef	Inom regler för inköp och upphandling. Högst 3 basbelopp
15. Sälja eller ge bort lös egendom	Ekonomi	Ekonomichef	Ekonomichef	Högst 3 basbelopp
16. Ta emot gåva	Ekonomi	Ekonomichef	Ekonomichef	Högst 3 basbelopp. RSK 98-2001 Riktlinjer vid gåva. Beakta Socialstyrelsens riktlinjer för gåvor till personal inom hälso- och sjukvård Samråd med juridiska vid behov.
17. Ersättning till patienter och personal för förkomna eller skadade tillhörigheter	Ekonom	Ekonomichef	Ekonomichef	Högst 3 basbelopp
19. Beslut att inte lämna ut allmän handling	Administration	Administrativ chef	Administrativ chef	
20. Avvisande av överklagande som inkommit försent	Administration	Administrativ chef	Administrativ chef	

Instruktion till delegat

Nämnden/styrelsen har gett dig i uppdrag att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Delegeringsprotokoll

När du fattat beslut enligt delegering skriver du ett delegeringsprotokoll.
Kopia av protokollet skickas därefter till den/de som är berörda av beslutet. Originalet skickas till diariet för registrering.

Anmälan till nämnden

Beslutet ska därefter anmälas till nämnden. Hur det ska gå till bestämmer nämnden. Vanligast är att kopia på delegeringsprotokollen lämnas till nämndsekreteraren eller motsvarande som sammanställer en förteckning över delegeringsbeslut. Förteckningen redovisas för styrelsen/nämnden som beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Laglighetsprövning av beslut

Beslut som är fattade på delegering, kan precis som beslut som fattas av nämnden i sin helhet, överklagas.

När protokollet från det sammanträde där beslutet anmäldes till nämnden justerats, ska ett bevis om justeringen anslås på regionens anslagstavla. Klagotiden beräknas från dagen då anslaget skedde. Efter att anslaget suttit uppe i 3 hela veckor (22 dagar - *Se SFS 1930:173*) har klagotiden utgått.

Alternativt kan ett enskilt beslut, justeras och anslås, innan anmälan till nämnden skett. Det kan vara aktuellt när det dröjer till nästa nämndmöte och/ eller du vill att överklagningstiden ska börja löpa direkt (se exempel). Då ansvarar du själv för att beviset om justering anslås. Rådgör gärna med din nämndsekreterare.

Nämnden kan återkalla lämnad delegering

Nämnden kan när som helt och av vilket skäl som helst återkalla en lämnad delegering. Däremot kan ett beslut som redan fattats med stöd av delegering i princip inte återtas. Nämnden kan också föregripa en delegats beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över ärendet och besluta, t ex när nämnden vill besluta i ett principiellt viktigt ärende.

Bilagor

- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av delegering”
- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från [*förvaltningschef]”*

Instruktion till förvaltningschef om delegeringsordning och delegering

Allmänt om delegeringsordningar
Varje nämnd ska ha en aktuell delegeringsordning.
Det är lämpligt att årligen se över och besluta om delegeringsordning. Valår är det lämpligt att den nya nämnden beslutar om delegeringsordningen.
Som förvaltningschef ansvarar du för att ta fram underlag till nämnden.

Instruktion till delegat
Nämnden/styrelsen har gett dig i uppdrag att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Delegeringsprotokoll
När du fattat beslut enligt delegering skriver du ett delegeringsprotokoll (se bifogat exempel). Använd framtagen mall. Kopia av protokollet skickas därefter till den/de som är berörda av beslutet. Originalet skickas till diariet för registrering.

Anmälan till nämnden
Beslutet ska därefter anmälas till nämnden. Hur det ska gå till bestämmer nämnden. Vanligast är att kopia på delegeringsprotokollen lämnas till nämndsekreteraren eller motsvarande som sammanställer en förteckning över delegeringsbeslut . Förteckningen redovisas för styrelsen/nämnden som beslutar att lägga informationen till handlingarna. Se exempel.

Vidaredelegering
Du ansvarar för att den som får vidaredelegeringen samtidigt får Instruktioner till delegat samt uppgifter om hur anmälan av besluten ska gå till.

Laglighetsprövning av beslut
Beslut som är fattade på delegering, kan precis som beslut som fattas av nämnden i sin helhet, överklagas.
När protokollet från det sammanträde där beslutet anmäldes till nämnden justerats, ska ett bevis om justeringen anslås på regionens anslagstavla. Klagotiden beräknas från dagen då anslaget skedde. Efter att anslaget suttit uppe i 3 hela veckor (22 dagar - Se SFS 1930:173) har klagotiden utgått.

Alternativt kan ett enskilt beslut justeras och anslås innan anmälan till nämnden skett. Det kan vara aktuellt när det dröjer till nästa nämndmöte och/eller du vill att överklagningstiden ska börja löpa direkt. Då ansvarar du själv för att beviset om justering anslås. Rådgör gärna med din nämndsekreterare.

Nämnden kan återkalla lämnad delegering
Nämnden kan när som helt och av vilket skäl som helst återkalla en lämnad delegering. Däremot kan ett beslut som redan fattats med stöd av delegering i princip inte återtas. Nämnden kan också föregripa en delegats beslut i ett enskilt ärende genom att själv ta över ärendet och besluta, t ex när nämnden vill besluta i ett principiellt viktigt ärende.

Delegering från regionstyrelsen direkt till förvaltningschef

Utöver de beslut som finns i standarden finns även delegering direkt från regionstyrelse till förvaltningschef. Dessa är enligt regionstyrelsens delegeringsordning följande:

- Teckna kollektivavtal inom ramen för AB
- Teckna lokala kollektivavtal inom ramen för LAFF
- Teckna lokala kollektivavtal om lön, förmåner och ersättningar i övrigt.

Beslut med stöd av dessa delegeringar anmäls till regionstyrelsen.

Bilagor

- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av delegering”
- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från regiondirektören”

Instruktion till nämndsekreterare om anmälan av delegeringsbeslut

Delegeringsprotokoll

När någon fattat beslut enligt delegering från nämnden ska beslutet anmälas i nämnden.

Den som fattat beslutet skriver ett delegeringsprotokoll och skickar därefter till den/de som är berörda av beslutet. Originalet skickas till diariet för registrering.

Anmälan till nämnden

Beslutet ska därefter anmälas till nämnden. Hur det ska gå till bestämmer nämnden. Vanligast är att kopia på delegeringsprotokollen lämnas till nämndsekreteraren eller motsvarande som sammanställer en förteckning över delegeringsbeslut. Förteckningen redovisas för styrelsen/nämnden som beslutar att lägga informationen till handlingarna.

Laglighetsprövning av beslut

Beslut som är fattade på delegering, kan precis som beslut som fattas av nämnden i sin helhet, överklagas.

När protokollet från det sammanträde där beslutet anmäldes till nämnden justerats, ska ett bevis om justeringen anslås på regionens anslagstavla. Klagotiden beräknas från dagen då anslaget skedde. Efter att anslaget suttit uppe i 3 hela veckor (22 dagar - *Se SFS 1930:173*) har klagotiden utgått.

Alternativt kan ett enskilt beslut, justeras och anslås, innan anmälan till nämnden skett. Det kan vara aktuellt när det dröjer till nästa nämndmöte och/ eller delegaten vill att överklagningstiden ska börja löpa direkt. Delegaten ansvarar själv för att beviset om justering anslås men kan behöva rådgöra med dig om anslag, tider mm.

- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden i vilka *nämndens/styrelsens* ordförande har beslutsrätt. Ärenden som är så brådskande att nämndens/styrelsens avgörande inte kan avvaktas.”
- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av delegering”
- Delegeringsprotokoll ”Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från regiondirektören”.
- Anslag/bevis

Delegeringsprotokoll

Behandling av ärenden i vilka *nämndens/styrelsens* ordförande har beslutsrätt.
Ärenden som är så brådskande att nämndens/styrelsens avgörande inte kan avvaktas.

§ X
Ärenderubrik
Diarienummer Nämndförkortning XX-ÅÅÅÅ

Ordförandes beslut
Text.

Sammanfattning av ärendet
Samma text som i tjänsteutlåtandet och evt tillkommande information under mötet.

Beslutsunderlag (om det finns)
- Gärna i punktform

Beslutsdatum [dag månad och år]

[Namn]
Ordförande

Beslutet skickas till + eventuella bilagor
Organisation/person som behöver se beslutet
e-postadress till organisation eller kontaktperson
till XX-nämnden för anmälan

Justerare: Justerare: Justerare: Rätt utdraget intygar:

Delegeringsprotokoll
Behandling av ärenden med stöd av delegering

§ X

Ärenderubrik

Diarienummer Nämndförkortning XX-ÅÅÅÅ

Beslut

Text.

Sammanfattning av ärendet

Samma text som i tjänsteutlåtandet och eventuell tillkommande information under mötet.

Beslutsunderlag (om det finns)

- Gärna i punktform.

Beslutsdatum [dag månad och år]

[Namn]
Delegatens titel

Beslutet skickas till + eventuella bilagor

Organisation/person som behöver se beslutet
e-postadress till organisation eller kontaktperson
till XX-nämnden för anmälan

Justerare: Justerare: Justerare: Rätt utdraget intygar:

Delegeringsprotokoll
Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från [*förvaltningschef]* .

§ X

Ärenderubrik
Diarienummer Nämndförkortning XX-ÅÅÅÅ

Beslut
Text.

Sammanfattning av ärendet
Samma text som i tjänsteutlåtandet och eventuell tillkommande information under mötet.

Beslutsunderlag (om det finns)
• Gärna i punktform.

Beslutsdatum [dag månad och år]

[Namn]
Delegatens titel

Beslutet skickas till + eventuella bilagor
Organisation/person som behöver se beslutet
e-postadress till organisation eller kontaktperson
[F*örvaltningschef*]för anmälan till nämnden

Justerare: Justerare: Justerare: Rätt utdraget intygar:

Delegeringsprotokoll
Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från regiondirektören.

§ X

Ärenderubrik
Diarienummer Nämndförkortning XX-ÅÅÅÅ

Beslut
Text.

Sammanfattning av ärendet
Samma text som i tjänsteutlåtandet och eventuell tillkommande information under mötet.

Beslutsunderlag (om det finns)
• Gärna i punktform.

Beslutsdatum [dag månad och år]

[Namn]
Delegatens titel

Beslutet skickas till + eventuella bilagor
Organisation/person som behöver se beslutet
e-postadress till organisation eller kontaktperson
Regiondirektören för anmälan till regionstyrelsen

Justerare: Justerare: Justerare: Rätt utdraget intygar:

Anslag/bevis

Paragrafen är justerad. Justeringen har gjorts offentlig genom anslag på Västra Götalandsregionens anslagstavla på Regionens Hus på Östergatan i Vänersborg.

Nämnd/styrelse XX-styrelsen, Delegeringsbeslut av [delegat] § XX [Ärendemening]
Beslutsdatum: ÅÅÅÅ-MM-DD

Datum när anslag sätts upp: ÅÅÅÅ-MM-DD
Datum när anslag tas ned: ÅÅÅÅ-MM-DD
Förvaringsplats för protokollet: Regionens Hus, Östergatan, Vänersborg

Underskrift: _____
Namnförtydligande

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 3

Arbetsordning för sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus.
Diarienummer SkaS 80-2015

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-03-05
Diarienummer SkaS 80-2015

Skaraborgs Sjukhus/Administrativa enheten
Handläggare: Christel Karlsson
Telefon: 0500-431124
E-post: christel.karlsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Arbetsordning för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Arbetsordningen för Styrelsen för Skaraborgs sjukhus antas och gäller fr.o.m. 2015-01-01.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsens har beslutat om reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (antaget av regionfullmäktige 19 oktober 2010, § 159 inklusive ändringar RF § 177/10 och RF § 171/14)

Reglementet omfattar bestämmelser för styrelsens arbete, t.ex. styrelsens sammansättning och mandattid, uppgifter för styrelsen samt styrelsens ärendehandläggning, skriftsväxling, delegering m.m. Då reglementet är kopplat till mandatperiod gäller arbetsordningen fr.o.m. 2015-01-01.

I enlighet med § 3 i reglementet ska arbetsordning för styrelsen beslutas. ”Styrelsen ska anta en arbetsordning med kompletterande bestämmelser om styrelsens egna arbetsformer.”

Arbetsordningen omfattar beskrivning av roller i styrelsearbetet och styrelsens arbetsformer. Roller som beskrivs är ordföranden, vice ordförande, presidiet, sjukhusdirektören och sekreteraren. Punkter som ingår i styrelsens arbetsformer är beslut om sammanträdesdatum och beskrivning av vilka ärenden som ska behandlas vid varje sammanträde, beredningsrutiner inför sammanträden och handlingar/beslutsunderlag till sammanträdena, regler för utskick av föredragningslista, närvarorätt samt beslut, justering av protokoll och publicering av beslut.

Skaraborgs Sjukhus

Lars Johansson
sjukhusdirektör

Madelén Schöldberg
administrativ chef

Bilaga Arbetsordning för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Arbetsordning för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen har upprättat och antagit denna arbetsordning i enlighet med reglementet för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (RF § 171/14). Arbetsordningen är ett komplement till kommunallagens bestämmelser och syftar bland annat till att beskriva styrelsens egna arbetsformer. I tillämpliga delar gäller även arbetsordning för Västra Götalandsregionen.

Arbetet i styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen ser som sin viktigaste uppgift att i enlighet med sitt reglemente utföra den verksamhet som beställs av hälso- och sjukvårdsnämnderna samt utveckla förutsättningarna för Skaraborgs Sjukhus. Styrelsen ser sig som ett organ som gemensamt över partigränserna ska arbeta för regionens mål med verksamheten; inriktningen är att den partipolitiska diskussionen inte ska prägla styrelsens arbete. Styrelsens arbete ska präglas av öppenhet och insyn för ledamöter och ersättare oberoende av partipolitiska majoritets- och minoritetskonstellationer.

Roller i styrelsearbetet

Ordföranden och vice ordförande

Ordförande ska leda, samordna och övervaka styrelsens verksamhet. Vice ordförande biträder ordföranden i fullgörandet av dessa uppgifter.

Ordföranden äger, enligt den av styrelsen beslutade delegationsordningen, rätt att fatta beslut i styrelsens ställe i brådskande ärenden som inte kan anstå till nästkommande styrelsemöte. Ordföranden ska i sådant fall samråda med vice ordföranden och informera övriga styrelseledamöter inför beslut.

Uppkommer ett brådskande ärende som inte kan anstå till nästkommande styrelsemöte och som är av väsentligt betydelse för sjukhuset, ska ordföranden, efter samråd med vice ordförande, sammankalla till ett extra styrelsemöte.

Om ett ärende flyttas eller blir inställt hanteras detta enligt rutin för brådskande ärenden.

Presidiet

Ordförande och vice ordförande utgör styrelsens presidium. Presidiet är inte ett utskott i kommunallagens mening dvs. presidiet har ingen rätt att fatta beslut utöver de befogenheter som ordföranden besitter. Presidiets huvuduppgift är att förbereda styrelsens sammanträden i samråd med sjukhusdirektören. Presidiet företräder också styrelsen i olika sammanhang inom och utanför Västra Götalandsregionen. Av presidiet genomförda uppdrag ska vid varje styrelsesammanträde redovisas och noteras i protokollet.

Sjukhusdirektören

Sjukhusdirektören utses av regiondirektören och ställs till styrelsens förfogande samt verkar i enlighet med den av styrelsen beslutade instruktionen för sjukhusdirektören.

Sekreteraren

Sjukhusdirektören utser sekreterare efter samråd med ordföranden. Styrelsens sekreterare har utöver att föra protokoll en koordinerande funktion avseende styrelsearbetet och har därvid att beakta kommunallagens bestämmelser, arbetsordning för Västra Götaland, styrelsens reglemente och beredningsrutiner.

Styrelsens arbetsformer

Sammanträden

Styrelsen fastställer dag, tid och plats för ordinarie sammanträden för ett år i taget med beaktande av sammanträdestider för regionfullmäktige och regionstyrelse. Styrelsen ska minst ha sex ordinarie sammanträden per år. Sammanträdena ska planeras så att regionstyrelsens krav på redovisning och beslut om bland annat budget respektive överenskommelse med hälso- och sjukvårdsnämnderna fattas i rätt tid. De av regionstyrelsen fastställda dagarna för rapportering ska också beaktas.

Handlingar/beslutsunderlag

Sjukhusdirektören ska förbereda sammanträdena genom att utarbeta förslag till

- Föredragningslista
- Erforderliga beslutsunderlag, rapporter och tjänsteutlåtande

Styrelsens presidium ska samråda om planeringen av sammanträdena varefter ordförande fastställer föredragningslistan.

Utskick av föredragningslista

Föredragningslistan ska sändas till samtliga styrelseledamöter och ersättare senast fem arbetsdagar före mötet. Beslutsunderlag ska om det är möjligt skickas till styrelsen före mötet. I föredragningslistan ska det anges om handlingar sänds före sammanträdet eller delas ut vid sittande bord.

Ärenden vid ordinarie styrelsesammanträden

Följande ärenden ska behandlas vid varje ordinarie styrelsesammanträde:

- Sjukhusdirektörens rapport
- Förvaltningsrapport utifrån alla perspektiv
- Redovisning av genomförda representationsuppdrag för presidiet
- Anmälningsärenden

Upprop/närvaro
Varje styrelsesammanträde inleds med upprop där ordförande fastslår vilka ordinarie ledamöter som är på plats samt vilka ersättare som tjänstgör. Arbetsordningen för Västra Götalandsregionen avseende ledamöter och ersättares tjänstgöring gäller.

Ordföranden avgör vilka tjänstemän som ska närvara vid sammanträdet. Tjänstemän kallas för att lämna upplysningar och får därutöver inte delta i överläggningen.

Beslutsfattande
Efter ett ärendes föredragning och diskussion sammanfattar ordförande vilket förslag till beslut och yrkande som föreligger. Beslutsfattandet följer kommunallagens regler.

Protokoll
Vid sammanträdet ska protokoll föras i enlighet med kommunallagens regler. Protokollet justeras av ordföranden och en ledamot eller tjänstgörande ersättare som styrelsen bestämmer vid varje styrelsemöte. Vanligtvis justeras protokollet av viceordförande. Protokollet skickas till ledamöterna för synpunkter inför justering.

Anslag om protokollsjustering, expediering mm.
Sekreteraren ansvarar för att anslag om justering av protokollet på kommunens anslagstavla. Detta följer kommunallagens regler och gällande rutiner i Västra Götalandsregionen. Sekreteraren ansvarar för att beslutade ärenden expedieras till berörda enheter/myndigheter.

Webbpublicering
Sekreteraren ansvarar för att föredragningslista, beslutsunderlag och protokoll tillgängliggörs *via webben i enlighet med Västra Götalandsregionens* instruktioner.

Beredningsrutiner mm.
Närmare beskrivning av hur ärenden förbereds och utformas finns beredningsrutiner för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Övrigt

Närvarorätt för personalföreträdare
Högst tre personalföreträdare äger rätt att närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna men inte i besluten. Personalföreträdare bör senast dagen före sammanträdet anmäla planerad närvaro vid sammanträdet till sekreteraren. Ordförande äger rätt att be närvarande personalföreträdare lämna sammanträdet i ärenden som rör personalpolitik eller som i övrigt bedöms vara av sådan art att överläggning och beslut bör ske slutet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 4

Instruktion till sjukhusdirektören Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SkaS 80-2015

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-03-05
Diarienummer SkaS 80-2015

Skaraborgs Sjukhus/Administrativa enheten
Handläggare: Christel Karlsson
Telefon: 0500-431124
E-post: christel.karlsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Instruktion till sjukhusdirektören

Förslag till beslut

1. Instruktion till sjukhusdirektören antas och gäller från 2015-01-01

Sammanfattning av ärendet

I arbetsordningen för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus under punkten ”Roller i styrelsearbetet – Sjukhusdirektören” ska en instruktion för denne antas. ”Sjukhusdirektören utses av regiondirektören och ställs till styrelsens förfogande samt verkar i enlighet med den av styrelsen beslutade instruktionen för sjukhusdirektören.”

Sjukhusdirektören utses av regiondirektören efter samråd med sjukhusstyrelsen och ställs till styrelsens förfogande. Sjukhusdirektören handhar den löpande förvaltningen i enlighet med relevant lagstiftning. Sjukhusdirektören ansvarar bl.a. för att verksamheten bedrivs utifrån ett patientperspektiv, att den bedrivs kostnadseffektivt samt att denne kontinuerligt håller styrelsen informerad i frågor som har betydelse för styrelsens ansvar och ställningstagande. Sjukhusdirektörens instruktion omfattar även beslut om att sjukhusdirektören är förvaltningens firmatecknare.

Skaraborgs Sjukhus

Lars Johansson
sjukhusdirektör

Madelén Schöldberg
administrativ chef

Bilaga

Instruktion för sjukhusdirektören

Instruktion för sjukhusdirektören

Sjukhusdirektören utses av regiondirektören efter samråd med sjukhusstyrelsen och ställs till styrelsens förfogande. Sjukhusdirektören handhar den löpande förvaltningen i enlighet med relevant lagstiftning samt följer sjukhusstyrelsens direktiv.

Sjukhusdirektören ska
- leda sjukhusets verksamhet
- besluta om verksamhetens organisation och resursfördelning
- verka för en fortlöpande utveckling av verksamheten i enlighet med sjukhusets vision och mål

Sjukhusdirektören svarar för att
- verksamheten bedrivs utifrån ett patientperspektiv
- verksamheten bedrivs i enlighet med ägarens direktiv och styrelsens beslut
- medarbetarnas arbetsmiljö är tillfredsställande utformad och att ansvaret för detta är tydlig i linjeorganisationen
- kollektivavtal följs
- verksamhetens löpande förvaltning sköts kostnadseffektivt
- bedriva långsiktiga strategi- och utvecklingsfrågor
- samverka med universitet och högskolor i utbildnings- och forskningsverksamhet
- säkerhetsfrågor beaktas och följs
- kontinuerligt hålla styrelsen informerad i frågor som har betydelse för styrelsens ansvar och ställningstagande

Sjukhusdirektören är förvaltningens firmatecknare.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Ulla-Britt Hagström
ordförande

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 5

Firmatecknare för Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SkaS 80-2015

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-02-25
Diarienummer SkaS 80-2015

Administrativa enheten
Handläggare: Christel Karlsson
Telefon: 0500-431124
E-post: christel.karlsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Firmatecknare för Skaraborgs Sjukhus 2015

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus utser 2015 sjukhusdirektör Lars Johansson till firmatecknare och stf sjukhusdirektör Eva Sundström och ekonomichef Åsa Ranbro Jansson till ersättande firmatecknare; dessa personer tecknar firma var för sig.

Sammanfattning av ärendet

I styrelsens instruktion till sjukhusdirektören anges att sjukhusdirektören är firmatecknare. Vissa institutioner kräver av förvaltningen att den dessutom på personnivå årligen ska precisera vem som fullgör uppdraget. Detta behövs främst av ekonomiadministrativa skäl.

För Skaraborgs Sjukhus föreslås följande personer fullgöra uppdraget att vara firmatecknare var för sig:

- sjukhusdirektör Lars Johansson, 550312-2730
- stf sjukhusdirektör Eva Sundström, 511127-5987, ersättande firmatecknare
- ekonomichef Åsa Ranbro Jansson, 691110-4088, ersättande firmatecknare

SKARABORGS SJUKHUS

Lars Johansson
sjukhusdirektör

Åsa Ranbro Jansson
ekonomichef

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Beslutsärende 6

Motion av Eva Olofsson m.fl (V) om att starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen.

Diarienummer SkaS 292-2014

Tjänsteutlåtande
Datum 2015-03-12
Diarienummer SkaS 292-2014
Diarienummer RS 3504-2014

Administrativa enheten
Handläggare: Petter Hjalmarsson
Telefon: 070-082 57 29
E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Motion av Eva Olofsson m.fl. (V) om att starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår en fortsatt utredning av förutsättningarna för mobil röntgenverksamhet i Västra Götalandsregionen.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen har remitterat en motion till Skaraborgs Sjukhus (SkaS) för yttrande. Motionen har rubriken *Starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen* och är undertecknad av åtta fullmäktigeledamöter från Vänsterpartiet.

I motionen föreslås att regionstyrelsen får i uppdrag att utreda ”hur mobil röntgen kan användas i olika delar av Västra Götaland, i helt egen regi eller i samarbete med kommunerna”

Enligt motionen har man i både Skåne och Norge sedan flera år bedrivit mobil röntgenverksamhet. Verksamheten runt Lund omfattar tio kommuner och man genomför 700-800 undersökningar per år. Målgruppen är framför allt personer på äldreboenden. Röntgenapparaten är relativt liten, transporteras i en specialutrustad personbil och kan tas in i rullstolsanpassade äldreboenden. Bilen bemannas av en röntgensköterska. I huvudsak utför man skelett-, lung- och bukröntgen. Via trådlös överföring till sjukhuset kan bilderna snabbt analyseras.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) utredde år 2012 frågan om mobil röntgen i Göteborgsområdet. Enligt rapporten är patientnyttan dokumenterad i flera studier och erfarenheterna från Skåne och Norge visar att det är praktiskt genomförbart samt samhällsekonomiskt och hälsoekonomiskt försvarbart, i alla fall när det gäller Göteborgsområdet.

För SkaS del har frågan om mobil röntgen varit uppe för diskussion tidigare. Bland annat har man talat med anstalten Tidaholm om en mobil lösning för att undvika transporter av intagna med hög säkerhetsklassning. Man har även tittat på möjligheterna att på plats kunna genomföra lungröntgen vid ett eventuellt utbrott av TBC då patienterna är geografiskt samlade.

På SkaS ser man att en sådan här uppsökande verksamhet framför allt skulle underlätta för äldre sjuka och personer med kognitiv svikt. För dessa patienter kan en transport till sjukhuset innebära en påfrestning, både fysiskt och mentalt, som kan ta lång tid att återhämta sig ifrån. En mobil röntgen skulle även medföra nytta för bland annat äldreboenden och särskilda boenden, transportorganisationen (ofta ambulans), röntgenavdelningar och akutmottagningar.

Idéerna om en mobil röntgenverksamhet i Göteborg och Västra Götaland har ännu inte kunnat realiseras, bland annat på grund av att kostnaderna är relativt höga för den som ska bedriva verksamheten. Dock är det troligt, eller i vart fall möjligt, att en sådan här verksamhet ändå kan vara samhällsekonomiskt lönsam. Enligt rapporten från SU skulle driftskostnaderna för en enhet uppgå till cirka 1,5 miljon kronor per år, inklusive lön och sociala avgifter för en röntgensjuksköterska.

Utöver patientnytta, ekonomi och bemanning bör det fortsatta utredningsarbetet belysa alla perspektiv. Detta eftersom en mobil röntgenverksamhet med all sannolikhet tar relativt stora resurser i anspråk i förhållande till antal undersökningar. För att mobil röntgen ska kunna realiseras i Skaraborg krävs det att SkaS tillförs finansiering för det utökade uppdraget. Utredningen måste också i hög grad ta hänsyn till de olika förutsättningar som råder i regionen, till exempel vad gäller avstånd och befolkningstäthet.

Av de personer på SkaS som yttrat sig över den nu aktuella motionen ställer sig alla positiva till att frågan om mobil röntgen i Västra Götaland utreds på regional nivå.

I beredningen av detta ärende på SkaS har följande personer lämnat synpunkter:

- Gunilla Nilsson, verksamhetschef K1 (bl.a. bild- och funktionsmedicin)
- Elisabeth Hellström, verksamhetschef M4 (bl.a. ambulansverksamhet SkaS och akutmottagning SkaS Skövde)
- Mia Gustafsson, utvecklingsledare som bland annat arbetar med Skaraborgs närsjukvårdsteam.

Remissyttrande
Datum 2015-03-12
Diarienummer SkaS 292-2014
Ert diarienummer RS 3504-2014

Skaraborgs Sjukhus
Handläggare: Petter Hjalmarsson
Telefon: 070-082 57 29
E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till regionstyrelsen
regionstyrelsen@vgregion.se

Motion av Eva Olofsson m.fl. (V) om att starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) anser att det är svårt att bedöma nyttan av en mobil röntgenverksamhet på det underlag som presenteras i motionen. Men SkaS ställer sig bakom motionens intention och föreslår en fortsatt utredning av förutsättningarna för mobil röntgenverksamhet i Västra Götalandsregionen.

Utöver patientnytta, ekonomi och bemanning ska det fortsatta utredningsarbetet belysa alla perspektiv. Detta eftersom en mobil röntgenverksamhet med all sannolikhet tar relativt stora resurser i anspråk i förhållande till antal undersökningar. För att mobil röntgen ska kunna realiseras i Skaraborg krävs det att SkaS tillförs finansiering för det utökade uppdraget. Utredningen måste också i hög grad ta hänsyn till de olika förutsättningar som råder i regionen, till exempel vad gäller avstånd och befolkningstäthet.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus anser härmed remissen besvarad.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Ulla-Britt Hagström
ordförande

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

SKARABORGS SJUKHUS
2014-12-17
Dnr SKAS 292-2014
Enhet
Handl. Eva Sundström

Kopia:
Gunilla Nilsson
Petter Hjalmarsson
Madelen Schöllberg

Datum 2014-12-09
Diarienummer RS 3504-2014

Hälso- och sjukvårdsnämnden norra
Hälso- och sjukvårdsnämnden södra
Styrelsen för SU
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
Primärvårdsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Motion av Eva Olofsson m.fl. (V) om att starta mobil röntgen i Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande.

Av motionssvaret ska framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras, eventuell tidplan, kostnader med mera. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter.

Om motionens syfte redan är uppnått genom andra beslut ska detta redovisas och förslaget till beslut ska vara att motionen är besvarad, eventuellt med hänvisning till detta sakförhållande.

Förslagen till beslut kan alltså vara

- Motionen är besvarad
- Regionfullmäktige bifaller motionen
  - Nämnden får i uppdrag att .....
- Regionfullmäktige avslår motionen

Om förslaget till beslut är att bifalla motionen ska det uppdrag som blir en följd av bifallet klart framgå i beslutsunderlaget. Vidare ska nämnden ges i uppdrag att återrapportera vidtagna åtgärder dels till motionären, dels till regionfullmäktige. Regionfullmäktige redovisar detta i samband med den årliga redovisningen av de motioner som är äldre än ett år.

Ingen nämnd/styrelse är överordnad någon annan nämnd vid framtagning av yttrande över en motion. Regionkansliet sammanställer de yttrande som har kommit in. Regionstyrelsens utskott har till uppdrag att bereda motioner som remitterats till utskotten, svara för eventuell remissammanställning och lägga förslag till beslut.

Motionssvaret ska tillsammans med protokollsutdraget mailas in till regionstyrelsen@vgregion.se senast den 30 april 2015. Ange vårt diarienummer.

Med vänliga hälsningar
Britt-Marie Gustafsson
mobil: 010-44 101 42

Postadress: Regionens Hus 462 80 Vänersborg
Besöksadress: Östergatan 1 Vänersborg
Telefon: 010-441 00 00
Webbplats: www.vgregion.se
E-post: regionstyrelsen@vgregion.se

Vänsterpartiet Västra Götalandsregionen

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
Vänersborg
Inkom 2014 -11- 25
Dnr RS 3504-2014

Motion till Regionfullmäktige

Starta mobil röntgen i Västra Götalands-regionen

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården går mot att mer avancerad vård görs i hemmet. Många av de mest intressanta utvecklingsprojekten för till exempel de mest sjuka äldre inom närsjukvård rör just att möta patienterna i hemmet för att patienterna ska slippa ta sig till vårdcentralen eller sjukhuset. Ett logiskt nästa steg är att ta är att erbjuda röntgen som kommer till patienten istället för att patienten ska till apparaten.

Skånes universitetssjukhus har haft en mobil röntgenverksamhet sedan 2008. Även Norge är långt framme i användandet av mobil röntgen. Röntgenapparaten är liten, den väger under 90 kilo, och kan tas in i rullstolsanpassade äldreboenden. En bil bemannad av en röntgensköterska åker äldreboenden eller sjukhem och genomför röntgen på plats i patientens rum eller i ett särskilt anpassat rum.

En tydlig målgrupp för mobil röntgen är äldre som fallit. Dessa tvingas ofta åka själva till akuten eftersom personalsituationen är pressad på äldreboendet. På akuten blir de ofta lågt prioriterade i förhållande till andra patienter och får vänta länge. I huvudsak handlar den mobila verksamheten om skelett-, lung- och bukröntgen men även vid oklar feber och hjärtsvikt. Bilderna kan oftast analyseras snabbt av en röntgenläkare via trådlös överföring. Svaret kommer snabbt på om patienten behöver åka till sjukhus för en höftoperation eller om patienten drabbats av lunginflammation.

Verksamheten i Skåne har visat väldigt positiva resultat. Tryggheten för patienterna har ökat, många onödiga transporter och sjukhusbesök kan undvikas och det avlastar kommunens personal på äldreboenden. 2014 fattade även Stockholms landstingsfullmäktige beslut att utreda att starta upp mobil röntgenverksamhet.

Verksamheten runt Lund omfattar idag tio kommuner med totalt 7-800 undersökningar per år, och det finns planer på utökning även i Malmö. De utvärderingar som gjorts av verksamheten visar att ungefär 90 % av patienterna som undersökt aldrig behöver uppsöka sjukhusvård. Detta är självklart en ökad trygghet för patienten som vet att de kan bli undersökta snabbt och slipper åka till sjukhuset. Det är också en avlastning för personalen på det kommunala boendet som inte behöver använda sin tid till att åka med patienten till sjukhuset.

Verksamheten måste ske i samverkan med kommunerna. Lokalerna i äldreboenden måste ibland anpassas för att kunna ta in röntgenapparaten. Nya rutiner måste utvecklas för att få verksamheten att fungera.

AVD

Med hänvisning till ovanstående föreslås Regionfullmäktige besluta

1. Regionstyrelsen utreder hur mobil röntgen kan användas olika delar av Västra Götaland, i helt egen regi eller i samarbete med kommunerna.

Vänersborg 2014-11-25

Eva Olofsson, Vänsterpartiet

Jan Alexandersson, Vänsterpartiet

Annette Ternstedt, Vänsterpartiet

Lars Engen, Vänsterpartiet

Carina Örgård, Vänsterpartiet

Lars-Erik Hansson, Vänsterpartiet

Inger Lilja, Vänsterpartiet

Peter Spjuth, Vänsterpartiet

2015-03-20

Beslutsärende 7

Anmälnings- och delegeringsärenden.
Diarienummer SkaS 1-2015

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Datum	Diarienummer
2015-03-09	SkaS 1-2015

Anmälningsärenden för tiden 2014-02-05 – 2015-03-09

Delegationsbeslut
SD § 2 Bidrag till sjukhuskyrkan 2015.

Lokalinvesteringsgruppen SkaS
Anteckningar från möte 2015-02-16.

Regionfullmäktige
§ 7 2015-02-03 Policy för sammanhållen informationshantering med andra vårdgivare.
RS 3393-2014, SkaS 75-2015

Regionstyrelsen
§ 611 2014-12-09 Uppgiftsområden för regionstyrelsens utskott.
RS 291-2012, SkaS 50-2015

§ 31 2015-02-10 Regionstyrelsens riktlinje för städning i regionens vårdlokaler.
RS 2795-2012, SkaS 233-2014

§ 33 2015-02-10 Förslag till införande av hälsocheck/friskvårdsbidrag till Västra Göta landsregionens anställda.
RS 229-2015. SkaS 79-2015.

§ 41 2015-02-10 Samordning av regionens externa samarbete.
RS 691-2012. SkaS 50-2015.

§ 32 2015-02-10 Struktur för styrande dokument i Västra Götalandsregionen.
RS 38-2014, SkaS 265-2014.

§ 43 2015-02 24 Detaljbudget 2015 för Västra Götalandsregionen.
RS 11-2105, SkaS 265-2014.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
§ 4 2015-01-28 Överenskommelse om ersättningar för år 2015 för hälso- och sjukvårdstjänster samt viss specialisttandvård enligt samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen.
HS 22-2015, SkaS 233-2014

§ 23 2015-02-27 Uppdrag till NU-sjukvården, SkaS och SU att bedriva rättspsykiatrisk vård 2015.
HS 27-2015,SkaS 233-2014.

Handlingarna finns tillgängliga under sammanträdet

Postadress	Gatuadress	Telefon	Hemsida	E-post
541 85 SKÖVDE	Skaraborgs Sjukhus Skövde	0500-43 10 00	www.vgregion.se/skas	diariet.skas@vgregion.se

Beslutsärende 8

Övriga frågor.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Informationsärende A

Vårdbyggnad psykiatri.
Föredragande Eva Sundström

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Informationsärende B

Ekonomisk rapport januari och februari 2015
Föredragande Åsa Ranbro Jansson

2015-03-20

Informationsärende C

Information från presidiet.
Föredragande Ulla-Britt Hagström

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2015-03-20

Informationsärende D

Sjukhusdirektörens information
Föredragande Lars Johansson