VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2013-03-26

Handlingar
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
26 mars 2013

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Handläggare	Datum	Diarienummer
Eva Sundström	2013-03-12	SkaS 1-2013

Föredragningslista – 26 mars 2013

INLEDNING

1. Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare, anmälan av tillkommande ärenden.

2. Protokoll från sammanträdet den 21 februari, bilaga.

BESLUTSÄRENDEN

3. Internkontrollplan Skaraborgs Sjukhus, SkaS 262-2011, bilaga

4. Hemställan om ianspråktagande av eget kapital, SkaS 263-2012, bilaga

5. Motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – Satsa på palliativa vårdenheter, SkaS 312-2012, bilaga
   Omedelbar justering.

INFORMATIONSÄRENDEN

6. Rapport februari 2013, SkaS 20-2013, bilaga

7. Rapport från presidiet.

8. Patientsäkerhet, bilaga

9. Sjukhusdirektörens muntliga redovisning.

10. Anmälnings- och delegationsärenden, bilaga.

TILLKOMMANDE ÄRENDEN

11. Övriga frågor.

POSTADRESS
541 85 Skövde

BESÖKSADRESS
Skaraborgs Sjukhus Skövde

TELEFON
0500-43 10 00

FAX
0500-43 27 19

Ärende 1

Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare, anmälan av tillkommande ärenden.

Ärende 2

Protokoll från styrelsens möte den 21 februari 2013.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

PROTOKOLL SkaS 1-2013

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 21 februari 11.00 - 13.00
Skaraborgs Sjukhus Skövde

NÄRVARANDE

Ordinarie ledamöter

Susanne Larsson, S, ordförande
Mikael Wendt, FP, vice ordförande
Peter Legendi, S
Renée Jeryd, S
Johan Ask, S
Ingrid Jarlsson, M
Annika Håkanson, M
Lars Nordgren, MP
Bo Bergsten, KD

Närvarande ersättare

Christer Ahlén, S

Övriga

Birgitta Molin Mellander, sjukhusdirektör
Eva Sundström, stabschef
Michael Malmborg, informationschef
Ulf Nyberg, chefläkare
Alf Jakobsson, Kommunal
Mariette Björk, Vårdförbundet
Kristina Hervén, Läkarförbundet
Peder Orrfält, Carina Johansson, Vision

§ 13 Mötets öppnande, godkännande av föredragningslista, val av justerare, anmälan av tillkommande ärenden

Styrelsen beslutar

att utse Mikael Wendt att jämte ordförande justera protokollet.

§ 14 Protokoll från föregående sammanträde den 31 januari 2013, SkaS 1-2012

Styrelsen beslutar

att lägga protokollet från föregående sammanträde den 31 januari 2013 till handlingarna.

§ 15 Utveckling och revidering av utvecklingsplanen för Vision psykiatri 2015 SkaS 221-2012

Inom ramen för "Målbild 2012 och Målbild 2015" har arbete bedrivits för att utveckla psykiatrin i Skaraborg benämnt Vision Psykiatri 2015. I denna vision ingår ett antal grundförutsättningar. Några av dessa är:

- Vården ska vara patientcentrerad och erbjudas nära när behovet är akut.
- Akutvård, öppenvård, dagsjukvård och slutenvård ska erbjudas på samma enhet.
- Patienten ska träffa samma behandlare oberoende av vårdnivå eller vårdinsats.

Som en del i genomförandet av Vision Psykiatri 2015 kommer öppenvårdsverksamheterna i Skaraborg att koncentreras till sjukhusorterna Skövde, Lidköping, Falköping och Mariestad. Det innebär att öppenvårdsmottagningar kommer flyttas från Skara, Vara, Tibro, Hjo och Tidaholm. Verksamheterna som är förlagd utanför sjukhusen i Skövde och Mariestad kommer att flyttas till sjukhuset på respektive ort.

RW

Genom att göra dessa förändringar säkras även den långsiktiga bemanningen inom psykiatrin. Det råder idag brist på bland annat psykiatriker. Genom att erbjuda vården mer samlat vid färre utbudspunkter kan patienterna såväl som personalen dra nytta av samordningsfördelar. Patienterna kan göra färre besök vid mottagningarna då flera insatser kan ske vid samma tillfälle. Kommunikationen och samverkan mellan olika delar av professionen kan förenklas, helt enkelt för att man träffas vid samma mottagning. Samma vårdutbud ska också finnas vid alla vårutbudspunkterna.

Styrelsen beslutar

att godkänna föreslagen förändring inom vuxenpsykiatrin,

att beslutet delges hälso- och sjukvårdsnämnderna för godkännande.

§ 16 Lokalinvestering, fortsatt PCB-sanering, SkaS 21-2013

Skaraborgs Sjukhus Skövde byggdes med standardiserade lokaler för att dessa skulle kunna passa flertalet verksamheters behov. De senaste årens ombyggnationer har allt mer utformats efter de aktuella verksamheternas krav. Men utgångspunkten för ombyggnationen ska vara enligt ett koncept för en typvårdavdelning som gör verksamheten flexibel.

I denna etapp planeras för ombyggnad och sanering av bland annat PCB för 14 vårdavdelningar.

För projektet finns en färdig och genomarbetad systemhandling som syftar till att säkerställa kvaliteten i beslutsunderlaget med avseende på utformningen av byggnaderna och dess tekniska system, energiförbrukning samt investeringskalkyl.

Beräknad investeringsutgift är totalt 160 mnkr, hyresförändring är 7,9 mnkr/år.

Styrelsen föreslås besluta

att ge förvaltningen i uppdrag att uppdra åt Västfastigheter att gå vidare med ombyggnad och sanering av vårdavdelningar,

att informera hälso- och sjukvårdskanslierna i Skaraborg om investeringen,

att hemställa om nyttjande av avsatta medel för strategiska fastighetsinvesteringar

§ 17 Övriga frågor

- *Åtgärd Barn- och ungdomssjukvård.* Vid styrelsen den 2012-09-20 fick sjukhusdirektören i uppdrag att återkomma kring åtgärdsplanen för barn- och ungdomssjukvård. En fördjupad genomgång är gjord och sjukhusdirektören föreslår att åtgärderna inom detta område utgår och att de förbättringsförslag som framkommit hanteras som en inre effektivisering.
- *Mottagningsstruktur.* Kopplat till åtgärderna för "Vägen mot ett Skaraborgs Sjukhus" har en struktur för specialistmottagningarna inom Skaraborgs Sjukhus tagits fram. Strukturen har kommunicerats med hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg i samband med åtgärden beslutet för "Koncentration till sjukhusorterna - somatiska mottagningar". Bilaga.
- *HR-chef,* Peder Yderhag för närvarande HR-chef vid Svenljunga kommun har anställts som HR-chef. Han tillträder i mitten av maj månad.

Styrelsen beslutar

att notera informationen.

Vid protokollet

Eva Sundström

Justerat den 22/2-13

Susanne Larsson

Mikael Wendt

Justeringen är tillkännagiven genom anslag på regionens anslagstavla i Vänersborg 25/2-2013

Mininivå för öppenvårdsverksamhet vid sjukhusort inom Skaraborgs Sjukhus

Typ av specialistmottagning	Falköping	Lidköping	Mariestad	Skövde
Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning	2	1	2	1
Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning	1	1	1	1
Gynekologimottagning	2	1	2	1
Hudmottagning	2	2	2	1
Infektionsmottagning	-	-	-	1
Kardiologmottagning (Hjärtmottagning)	-	1	-	1
Lung- och allergimottagning		-	-	1
Medicinmottagning	1	1	1	1
Neuro-/rehabmottagning	-	-	-	1
Njurmedicinsk mottagning	-	-	-	1
Reumatologmottagning	-	3	-	1
Kirurg mottagning	1	1	3 x	1
Ortopedimottagning	3 x	1	3 x	1
Urolog mottagning	1	1	3 x	1
Ögonmottagning	1	1	2	1
Öron-näsa-hals-mottagning	3 x	2	3 x	1
Logopedmottagning	-	1	-	1
Vuxenpsykiatrisk mottagning	1	1	1	1
Röntgen	1	1	1	1
Arbetsterapi	1	1	PV	1
Sjukgymnastik	1	1	PV	1

1 = full verksamhet 4-5 dagar där det oftast ingår läkarresurs, 2 = verksamhet några dagar per vecka (kan vara bemannad med annan vårdkategori än läkare), 3 = verksamhet några tillfällen per månad (kan vara bemannad med annan vårdkategori än läkare), 3 x = tillfällig kompetensbrist men målet är att få igång mottagning enligt nivå 3, PV = köper tjänsten av primärvården

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2013-03-26

Beslutsärende 3

Internkontrollplan Skaraborgs Sjukhus.
SkaS 262-2011

Missiv
Datum 2013-03-26
Diarienummer SkaS 262-2011
Ärende 3

Sjukhusledningen
Handläggare Eva Sundström
Telefon 0500-43 10 97
E-post eva.sundstrom@vgregion.se

Internkontrollplan Skaraborgs Sjukhus 2013

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god internkontroll (kommunallagen 6 kap 7§).

Internkontrollplanen för 2013 kommer att fokusera på regionens prioriterade mål och uppdrag enligt budget 2013. I övrigt ingår granskning av områden inom ekonomi, HR och patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av intern kontroll samt i tillämpliga delar dess måluppfyllelse kommer att hanteras enligt plan.

Styrelsen föreslås besluta

att fastställa planen för intern kontroll för Skaraborgs Sjukhus 2013.

Missiv
Datum 2013-03-26
Diarienummer SkaS 262-2011
Ärende 3

Sjukhusledningen
Handläggare Eva Sundström
Telefon 0500-43 10 97
E-post eva.sundstrom@vgregion.se

Internkontrollplan Skaraborgs Sjukhus 2013

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god internkontroll (kommunallagen 6 kap 7§).

Internkontrollplanen för 2013 kommer att fokusera på regionens prioriterade mål och uppdrag enligt budget 2013. I övrigt ingår granskning av områden inom ekonomi, HR och patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av internkontroll samt i tillämpliga delar dess måluppfyllelse kommer att hanteras enligt plan.

Styrelsen föreslås besluta

att fastställa planen för intern kontroll för Skaraborgs Sjukhus 2013.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS	Datum Diari 2013-03-12 SkaS	enr 262-2011
Handläggare: Christel Karlsson		

Intern kontroll 2013 för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har det övergripande ansvaret för att tillse att det finns en god internkontroll (kommunallagen 6 kap 7§).

En vanlig definition av internkontroll som bland annat används av revisionsenheten i Västra Götalandsregionen är - den process som tillämpas för att uppnå målen:

- effektiv verksamhet
- efterlevnad av föreskrifter och beslut
- tillförlitlig återrapportering av verksamhetens resultat

Enkelt uttryck är att intern kontroll handlar om ordning och reda. I SOU (Statens offentliga utredningar) anges att ”syftet med kontrollen är att säkra en effektiv förvaltning och att undgå allvarliga fel. En god intern kontroll kan således bidra till ändamålsenligheten stärks och att verksamheten med medborgarnas bästa för ögonen bedrivs effektivt och säkert”.

Styrelsen ansvarar för att följa upp internkontrollen. I detta ligger ett ansvar för att en internkontrollorganisation upprättas och tillse att denna utvecklas utifrån organisationens kontrollbehov. Detta görs genom att fastställa en internkontrollplan, vilket är en plan som anger vad som ska granskas under en tidsperiod, samt att löpande hålla sig informerad om granskningarna.

Internkontrollplanen för 2013 kommer att fokusera på regionens prioriterade mål och uppdrag enligt budget 2013. I övrigt ingår granskning av områden inom ekonomi, HR och patientsäkerhetsarbete.

Uppföljning av internkontroll samt i tillämpliga delar dess måluppfyllelse kommer att hanteras enligt bifogad plan.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

INTERNKONTROLLPLAN 2013

RF:s prioriterade mål	Granskning	Redovisning
Patient och verksamhetsperspektiv		
Förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer ska minska	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Antalet standardiserade och genomförda vårdprocesser ska öka	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Förekomsten av vårdrelaterade infektioner inom slutenvården ska minska	Styrkortsdialog Delårsrapport	augusti, Årsredovisning
Patientens delaktighet i vården ska öka	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Alla patienter ska erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna	Styrkortsdialog	Delårsrapport mars, aug Årsredovisning
Mer av den nära vården ska erbjudas patienten i hemmet genom ökad samverkan mellan kommunal och regional vård	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Överbeläggningarna ska minska	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Patientsäkerheten ska förbättras inom de sex regionala fokusom-rådena	Styrkortsdialog Årsredovisning	

RF:s prioriterade mål	Granskning	Redovisning
Miljöperspektiv		
Alla verksamheter ska arbeta systematiskt med miljöledningssystem	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Antalet resta mil i tjänsten ska minska	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Användningen av miljö- och hälsofarliga kemikalier i den egna verksamheten ska fasas ut	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Alla verksamheter som Västra Götalandsregionen bedriver i egen regi eller finansierar ska ingå i tillgänglighetsdatabasen	Styrkortsdialog Årsredovisning	
HR - perspektiv		
Löneskillnaderna mellan män och kvinnor ska minska	Lönekartläggning	Delårsrapport mars, aug Årsredovisning
Heltid ska vara norm vid tillsvidareanställning	Anställningsprocess Årsredovisning	
SkaS ska klara sin kompetensförsörjning	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Internkontrollplan HR	Granskningsplan HR	Löpande
Ekonomiperspektiv		
Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans	Styrkortsdialog Avvikelserapporter	Delårs- och årsrapport

RF:s prioriterade mål	**Granskning**	**Redovisning**
Alla verksamheter ska öka sin produktivitet och effektivitet	Styrkortsdialog Årsredovisning	
Inköp och avtal ska följa fastställda riktlinjer	Granskningsplan Ekonomi	Årsredovisning
Prioriterade områden enligt granskningsplan ekonomi	Granskningsplan ekonomi	Löpande

Beslutsärende 4

Hemställan om ianspråktagande av eget kapital.
SkaS 263-2012

Missiv
Datum 2013-03-26
Diarienummer SkaS 263-2012
Ärende 4

Sjukhusledningen
Handläggare Eva Sundström
Telefon 0500-43 10 97
E-post eva.sundstrom@vgregion.se

Hemställan om ianspråktagande av eget kapital

Inom Skaraborgs Sjukhus (SkaS) pågår stora förändringar för att kunna genomföra de åtgärder som krävs för en verksamhet i balans.

De ökade kostnader som den förändrade internhyresmodellen medför kan inte lösas genom personalminskningar då detta skulle innebära negativa konsekvenser för arbetsmiljön och utvecklingsarbetet med God vård. Kostnadssänkningen måste istället ske genom lokaleffektiviseringar. Detta arbete är påbörjat men tar tid att genomföra och den ekonomiska effekten kommer tidigast år 2014.

Styrelsen för SkaS hemställer, med hänvisning till redovisade faktorer, om att få utnyttja eget kapital med 14 miljoner kronor 2013 och 17 miljoner kronor 2014.

Styrelsen föreslås besluta

att hemställa hos regionstyrelsen om att få utnyttja eget kapital med 14 miljoner kronor 2013 och 17 miljoner kronor 2014.

Regionstyrelsen
Regionens hus
462 80 Vänersborg

Hemställan om att få utnyttja eget kapital 2013 och 2014

Inom Skaraborgs Sjukhus (SkaS) pågår stora förändringar för att kunna genomföra de åtgärder som krävs för en verksamhet i balans. Alla förändringar sker med målsättningen att inom befintliga ekonomiska resurser klara SkaS uppdrag gällande akut och planerad vård.

De ökade kostnader som den förändrade internhyresmodellen medför kan inte lösas genom personalminskningar då det skulle få negativa konsekvenser för arbetsmiljön och utvecklingsarbetet med God vård. Kostnadssänkningen måste istället ske genom lokaleffektiviseringar. Detta arbete är påbörjat men tar tid att genomföra och den ekonomiska effekten kommer tidigast år 2014.

Med anledning av det som redovisats ovan hemställer SkaS om att få utnyttja eget kapital med 14 miljoner kronor 2013 och 17 miljoner kronor 2014.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

POSTADRESS BESÖKSADRESS TELEFON FAX
541 85 Skövde Skaraborgs Sjukhus Skövde 0500-43 10 00 0500-43 27 19

Beslutsärende 5

Motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede.
Satsa på palliativa vårdenheter
SkaS 312-2012

VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
REGIONKANSLIET

Avdelning:
Administrativa avdelningen

Handläggare:	Datum:	Diarienummer:
Britt-Marie Gustafsson	**2012-12-10**	**RS 2528-2012**

Till
Hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg Hisingen
Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
Styrelsen för NU-sjukvården
Hälso- och sjukvårdsutskottet

Motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – Satsa på palliativa vårdenheter

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

Av motionssvaret skall framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras. I svaret ska också anges om det redan nu pågår verksamhet eller motsvarande i enlighet med motionens intentioner. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det region-fullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/ styrelser lämnat synpunkter. Regionkansliet sammanställer därefter inkomna remisssvar och lämnar förslag till beslut.

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda **senast den 31 mars 2013. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.**

Sänds in via email: britt-marie.gustafsson@vgregion.se eller per post enligt adress nedan.

Önskas ytterligare uppgifter i ärendet kan Ni kontakta undertecknad på tel 010-4410142.

Med vänlig hälsning

Britt-Marie Gustafsson

Britt-Marie Gustafsson

POSTADRESS: Regionens hus 462 80 Vänersborg
BESÖKSADRESS: Residenset, Torget
TELEFON: 010-4410142
HEMSIDA: www.vgregion.se
E-POST: regionkansliet@vgregion.se

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
Vänersborg
Inkom 2012 -11- 27
Dnr RS 2528-2012(1)

Kristdemokraterna

Motion till Regionfullmäktige

Vård i livets slutskede - Satsa på palliativa vårdenheter

"Sällan bota, ofta lindra alltid trösta" brukar det heta när man talar om vårdens roll och ansvar. Ändå är betoningen av den botande vården så stark att vi tenderar att glömma bort den viktiga vård som syftar till att lindra och trösta. Vården vid livets slut måste präglas av värdighet, omtanke och respekt för patienten. Den måste organiseras så att det blir naturligt för anhöriga att vara tillsammans med patienten den sista tiden.

Många människor vill ha möjligheten att avsluta livet i sitt hem. Denna önskan måste naturligtvis tillgodoses i möjligaste mån. Samtidigt vet vi att detta inte är möjligt för alla. Därför är det angeläget att det också finns särskilda enheter som är anpassade för vården i livets slutskede.

I de fall en människa saknar anhöriga är det särskilt angeläget att vi ger vårdpersonalen förutsättningar att vara nära patienten. Ingen ska behöva dö i ensamhet.

Även om det inte är realistiskt att erbjuda särskilda palliativa enheter i varje kommun är det viktigt att den palliativa vården och vård i livets slutskede utvecklas och ser utifrån patientens och anhörigas behov och önskemål i hela regionen. Ett bra komplement där palliativa enheter saknas är särskilda enheter som miljömässigt och kompetensmässigt anpassats för att kunna vårda just denna patientgrupp.

Både anhöriga och patienter upplever ofta att informationen i samband med läkarbesök och behandling är bristfällig och otillräckligt. Detta är inte bara en patientsäkerhetsfråga utan även en fråga om värdighet och respekt. Varje patient måste ges tid för att få frågor besvarade och för att kunna skaffa sig kunskap om sin hälsostatus och eventuell behandling.

I samband med en interpellationsdebatt i Regionfullmäktige om Palliativregistret uppmärksammades behovet av fortsatt utveckling av information till patienter och anhöriga. Genom att erbjuda särskilda enheter, menar vi, ökar omvårdnaden för patienterna och stödet till de anhöriga, vilket stärker en god omvårdnad i ett skede som kräver stora insatser.

Det finns några sådana enheter som är goda förebilder, men för att alla patienter i behov av palliativ vård i Västra Götalandsregionen ska kunna garanteras en sådan individuellt anpassad vård bör en kartläggning av behov och tillgång

Ker: BM Gustafsson

göras.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås Regionfullmäktige besluta

att **uppdra åt Regionstyrelsen att utreda behovet av särskilda palliativa enheter i Västra Götalandsregionen.**

Vänersborg 2012-11-27

Conny Brännberg (KD)
Regionfullmäktigeledamot

Missiv
Datum 2013-03-26
Diarienummer SkaS 312-2012
Ärende 5

Sjukhusledningen
Handläggare Eva Sundström
Telefon 0500-43 10 97
E-post eva.sundstrom@vgregion.se

Motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – Satsa på palliativa vårdenheter

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har ombetts inkomma med synpunkter på om och hur motionen om vård i livets slutskede, kan genomföras, och om det redan pågår verksamhet i enlighet med motionens intentioner.

Sedan årsskiftet 2012/2013 är den palliativa verksamheten vid SkaS samlad under ett verksamhetsområde och en enhetschef. Vården utgår från SkaS Lidköping och SkaS Skövde. Det palliativa arbete är under utveckling där första steget att samla verksamheten är klart. Nästa steg är att revidera den övergripande palliativa processen och att till hösten 2014 vara klara med uppbyggnaden av en palliativ avdelning med åtta vårdplatser för specialiserad palliativ vård.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus kan därmed konstatera att de intentioner som finns i motionen redan är verklighet eller under utveckling inom SkaS

Styrelsen föreslås besluta

att godkänna förslaget till motionssvar.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

Handläggare	Datum Dia	rienummer
Madelén Schöldberg	2013-03-04	SkaS 312-2012

Regionkansliet
Administrativa avdelningen
Britt-Marie Gustafsson

Svar på motion av Conny Brännberg (KD) om vård i livets slutskede – Satsa på palliativa vårdenheter (RS 2528-2012)

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har ombetts inkomma med synpunkter på om och hur motionen om vård i livets slutskede, kan genomföras, samt om det redan pågår verksamhet i enlighet med motionens intentioner.

Sedan årsskiftet 2012/2013 är den palliativa verksamheten vid Skaraborgs Sjukhus (SkaS) samlad under ett verksamhetsområde och en enhetschef. Vården utgår från SkaS Lidköping och SkaS Skövde. I Lidköping genomför SkaS ett projekt tillsammans med Hospice Gabriel i form av ett palliativt team, där SkaS bistår med en sjuksköterska och en läkare. I Skövde bildades under hösten ett palliativt team bestående av fyra sjuksköterskor, en kurator, samt en och en halv läkarresurs. Patienter slussas över från framför allt kirurgi och urologi till teamet och i dagsläget är ett hundratal patienter inskrivna.

Behandlingsarbetet i de palliativa teamen bedrivs i form av hembesök samt deltagande vid de största klinikernas storronder. För närvarande är verksamheten förlagd till vardagar under kontorstid. Information till skilda verksamheter har genomförts rörande remiss- och anslutningsrutiner till den specialiserade palliativa vården. Palliativ föreläsningsserie har skett under hösten 2012.

SkaS palliativa arbete är under utveckling där första steget att samla verksamheten är klart. Nästa steg är att revidera den övergripande palliativa processen vid SkaS och att till hösten 2014 vara klara med uppbyggnaden av en palliativ avdelning med åtta vårdplatser för specialiserad palliativ vård.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus kan därmed konstatera att de intentioner som finns i motionen redan är verklighet eller under utveckling inom SkaS.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

POSTADRESS	BESÖKSADRESS	TELEFON	FAX
541 85 Skövde	Skaraborgs Sjukhus Skövde	0500-43 10 00	0500-43 27 19

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2013-03-26

Informationsärende 6

Rapport februari 2013.
SkaS 20-2013

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

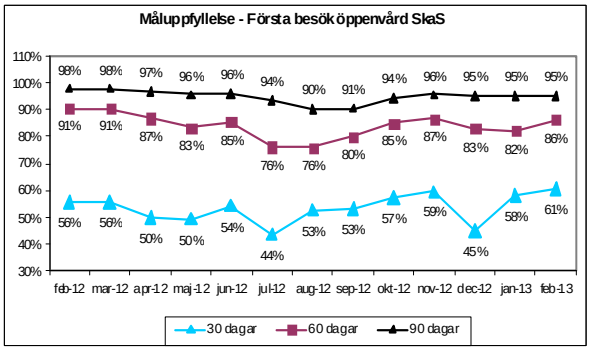
Rapport februari 2013

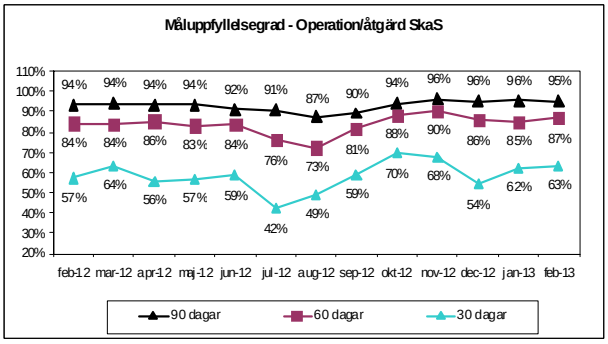
SkaS 20-2013

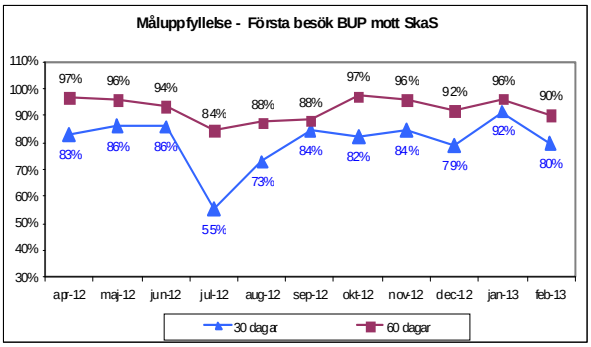
Sammanfattande kommentar

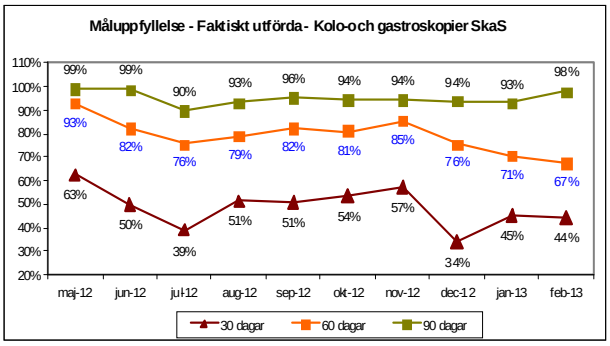
Skaraborgs Sjukhus har en ekonomi i balans. Personalvolym och personalkostnad är i nivå med budget. För helåret görs bedömningen att med de åtgärder som pågår, med undantag av en osäkerhet kring kostnadsökningen kopplat till nya internhyresmodellen, nå målet med en verksamhet i balans. Måluppfyllelse för faktiska väntetider ligger inom regionalt målområde.

Tillgänglighet









Måluppfyllelsen för antal väntande inom vårdgarantin (90 dagar) och kömiljard (60 dagar) är inom målområdet för väntande just nu. För att klara tillgängligheten har Skaraborgs Sjukhus skickat ett mindre antal patienter från specialitet ortopedi och ögon till externa vårdgivare. Antalet remisser till förstabesök har ökat sedan införande av nytt patientadministrativt system (ELVIS) den första april 2012. Ökningen beror inte på ökat remissinflöde utan ökningen beror på förändrat utsökningssätt ur det patientadministrativa systemet samt förändrade registreringsrutiner.

Ekonomi

Resultatet för februari blev + 2,6 miljoner kronor vilket innebär ett ackumulerat resultat för perioden på 0 miljoner kronor. Föregående år var resultatet - 12,8 miljoner kronor för den aktuella perioden. Ackumulerad bruttokostnadsförändring de senaste 12 månaderna uppgår till - 0,1 procent.

Analys ekonomiskt resultat oktober

Resultatet de första två månaderna visar på en ekonomi i balans. Trenden med en låg kostnadsutveckling har fortsatt under 2013 och uppgick till - 0,1 procent i jämförelse med samma period 2012.
Vårdintäkter och produktion är i nivå med budget. Personalkostnaderna är i balans med budget och personalkostnadsökningen för perioden uppgår till 0,8 procent. Rullande 12 månader är ökningen 2,0 procent. Anställningsstoppet från april har tillsammans med övriga effektiviseringsåtgärder inom personalområdet inneburit lägre personalvolymer och minskade kostnader. Antalet årsarbetare har minskat med 130 st jämfört med föregående år. Kostnaderna för bemanningsföretag minskar och bedöms bli betydligt lägre än 2012. För övriga kostnader ligger kostnadsutvecklingen för perioden på - 1,5 procent vilket bland annat beror på att läkemedel och lab kostnader är lägre jämfört med 2012.

För helåret görs bedömningen att med de åtgärder som pågår, med undantag av en osäkerhet kring kostnadsökningen kopplat till nya internhyresmodellen, nå målet med en verksamhet i balans.

Resultaträkning	Periodens utfall				Helårsresultat			
Utfall samt helårsbedömning	Utfall t.o.m. 1302 mnkr	Budget t.o.m. 1302 mnkr	Utfall t.o.m. 1202 mnkr	Avvikelse utfall/ budget	Prognos per 1302 mnkr	Budget t.o.m. 1312 mnkr	Utfall t.o.m. 1212 mnkr	Avvikelse prognos/ budget mnkr
Patientavgifter	11,6	10,6	10,0	1,0	63,3	63,3	61,1	0,0
Såld vård internt	547,1	543,4	539,1	3,7	3 233,1	3 233,1	3 193,6	0,0
Såld vård externt	5,4	5,3	4,8	0,2	31,5	31,5	31,8	0,0
Försäljning med tjänster	10,1	9,7	10,1	0,5	59,7	59,7	62,7	0,0
Övriga intäkter	12,7	12,4	13,7	0,2	74,7	74,7	90,4	0,0
Bidrag och ersättningar	15,4	14,0	12,4	1,4	83,7	83,7	120,1	0,0
Verksamhetens intäkter	**602,2**	**595,3**	**590,1**	**7,0**	**3 546,1**	**3 546,1**	**3 559,6**	**0,0**
Löner och soc avg	-359,1	-359,6	-352,8	0,5	-2 122,1	-2 132,1	-2 065,4	10,0
Övriga personalkostnader	-5,4	-5,8	-5,4	0,4	-34,6	-34,6	-41,8	0,0
Bemanningsföretag	-1,9	0,0	-5,3	-1,9	-10,0	0,0	-32,1	-10,0
Köp av sjukvårdstjänster	-9,0	-6,3	-4,8	-2,7	-37,6	-37,6	-63,8	0,0
Köp av laboratorietjänster	-17,9	-18,1	-25,4	0,2	-108,5	-108,5	-118,9	0,0
Medicinsk service	-1,7	-1,4	-2,2	-0,3	-8,6	-8,6	-10,8	0,0
Läkemedel	-67,6	-69,5	-72,0	1,9	-416,9	-416,9	-404,1	0,0
Medicinskt material	-18,2	-18,9	-18,8	0,7	-113,3	-113,3	-117,1	0,0
Hjälpmedel,inkontinensartiklar	-10,4	-9,0	-10,0	-1,3	-54,3	-54,3	-60,8	0,0
Städ- och tvättkostnader	-9,0	-8,7	-8,0	-0,2	-52,4	-52,4	-49,8	0,0
Hyror och lokalkostnader	-36,4	-36,8	-34,1	0,5	-221,1	-221,1	-208,7	0,0
Övriga kostnader	-54,6	-49,3	-53,6	-5,3	-295,8	-295,8	-287,2	0,0
Avskrivn o nedskr	-10,5	-11,2	-9,8	0,6	-67,0	-67,0	-67,2	0,0
Verksamhetens kostnader	**-601,6**	**-594,6**	**-602,3**	**-7,0**	**-3 542,1**	**-3 542,1**	**-3 527,8**	**0,0**
Finansiella intäkter o kostnad	-0,6	-0,7	-0,6	0,1	-4,0	-4,0	-4,0	0,0
Resultat	**0,0**	**0,0**	**-12,8**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**27,9**	**0,0**

Tabellbilaga Personal februari 2013

Utförd tid	Utförda timmar	Utförd tid/total tid
2012/Feb	524 413	73,4%
2013/Feb	470 519	73,3%
avvikelse	-53 894	

Utförd tid	Utförda timmar	Utförd tid/total tid
Ack febr 2012	1 056 272	73,4%
Ack febr 2013	992 246	72,7%
avvikelse	-64 026	

Medel månadslön	Kvinnor	Män	Totalt
2012/Feb	26 788	37 384	**28 751**
2013/Feb	27 686	38 305	**29 675**
avvikelse	898	922	**924**

	Lång≥60 dgr			(15-59 dgr)			Kort (1-14 dgr)		
Sjukfrånvaro, febr	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
feb-12	3,3%	2,1%	**3,0%**	0,7%	0,3%	**0,6%**	3,3%	2,1%	**3,1%**
feb-13	3,0%	1,5%	**2,7%**	1,3%	0,5%	**1,1%**	3,4%	1,9%	**3,1%**

Sjukfrånvaro %	Kvinnor	Män	Totalt
2012/Feb	7,30%	4,41%	**6,74%**
2013/Feb	7,65%	3,89%	**6,91%**

Sjukfrånvaro, jan-febr	Lång ≥60 dgr	Kort (1-14 dgr)	15-59 dgr	Tot
Ack febr 2012	3,0%	2,7%	0,6%	**6,4%**
Ack febr 2013	2,9%	3,1%	1,0%	**7,0%**

Anställda	Tillsvidareanställd	Visstidsanställd	Timavlönad	Summa	Kvinnor	Män
2012/Feb	3 896	369	179	4 444	3 590	854
2013/Feb	3 819	309	138	4 266	3 449	817
avvikelse	-77	-60	-41	**-178**	-141	-37

Årsarbetare	TV	VT	Tim	Totalt	TV, kvinnor	TV, män
2012/Feb	3 753	344	62	4 159	3 358	801
2013/Feb	3 689	295	46	4 029	3 250	780
Avvikelse	-45	-74	-17	**-130**	-109	-21

Nettoårsarbetare	TV	VT	Tim	Totalt	TV, kvinnor	TV, män
2012/Feb	3 271	336	62	3 669	2 917	752
2013/Feb	3 205	279	46	3 529	2 801	729
Avvikelse	-66	-57	-17	**-140**	-116	-24

Informationsärende 7

Rapport från presidiet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

2013-03-26

Informationsärende 8

Patientsäkerhet.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Patientsäkerhetsberättelse för Skaraborgs Sjukhus

Avseende år 2012

Datum och ansvarig för innehållet

2013-02-13 Birgitta Molin Mellander

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
Övergripande mål och strategier 4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet 5
Struktur för uppföljning/utvärdering 5
Uppföljning genom egenkontroll 6
Samverkan för att förebygga vårdskador 8
Riskanalys 8
Händelseanalys 9
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet 10
Hantering av klagomål och synpunkter 11
Sammanställning och analys 11
Samverkan med patienter och närstående 12
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet 13
Redovisning av resultat och analys 17
Övergripande mål och strategier för kommande år 24

Bilaga 1. Riskanalyser
Bilaga 2. Händelseanalys
Bilaga 3. Patientsäkerhetsplan 2013

Sammanfattning

Skaraborgs sjukhus arbetade under 2012 systematiskt med patientsäkerhet. Alla medarbetare eftersträvade att ge en god vård med hög kvalitet och hög patientsäkerhet i samverkan.

Viktiga åtgärder under året var att lägga fokus på riskförebyggande arbete och att göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Exempel på de viktigaste åtgärderna som genomförts för att förbättra patientsäkerheten är att en patientsäkerhetsmall i patientjournalen Melior har skapats och används för riskidentifiering, åtgärd och uppföljning av trycksår, fall och undernäring hos alla patienter som är 65 år eller äldre. Ytterligare en åtgärd som genomförts är framtagandet av informationsbroschyren ”Är det något vi borde veta?” Broschyren har tagits fram för att fånga patientupplevda avvikelser och blir på så sätt ett verktyg för att göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet.

Resultaten gällande förekomst av vårdrelaterade infektioner är mycket goda i jämförelse med nationella resultat. Tyvärr är följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler inte så god som man skulle önska. Sjukhusets resultat har dock förbättrats sedan 2011 och aktiviteter för att ytterligare förbättra följsamheten pågår.

Övergripande mål och strategier

Säker vård – Utdrag ur SkaS styrkort

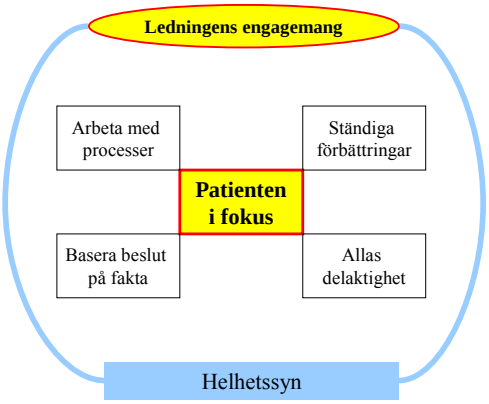
Strategiskt mål:

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

Kritiska framgångsfaktorer

Säker vård är en kritisk framgångsfaktor i processperspektivet. SkaS arbetar systematiskt med att säkerhetsställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Det är ett arbete som bedrivs metodiskt och med patientens bästa i fokus. Medborgarna ska känna ett förtroende för att vården gör allt den kan för att en patient inte skall bli sjuk eller skadad i sin kontakt med vården. Därför skall vårdrelaterade skador och infektioner minimeras. I det systematiska patientsäkerhetsarbetet är patienten/anhörig involverade.

I ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete är processarbete, samverkan, riskhantering och egenkontroll centrala begrepp. Patientsäkerhetsarbetet finns inbakat i sjukhusets webbaserade ledningssystem ”SkaS-guiden”. Principerna för offensiv verksamhetsutveckling är basen för sjukhusets systematiska kvalitetsarbete och består av flera aktiviteter med olika angreppssätt och verktyg som stöd.



Principer för offensiv verksamhetsutveckling. Bergman & Klefsjö, 2012

Skaraborgs sjukhus har en ”nollvision” för vårdskador. Målet är att inom tre år ha halverat andelen vårdtillfällen med vårdskada. Sjukhuset strävar efter att ha en öppen dialog kring patientsäkerhetsarbetet – ”en icke straffande kultur”. SkaS patientsäkerhetsarbete harmoniserar med Västra Götaland regionens inriktningsmål för patientsäkerhet som finns beskrivna i ”Handlingsprogram för God vård”.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

I enlighet med patientsäkerhetslagen har alla medarbetare på SkaS ett ansvar för att medverka till en god säker vård för patienten. Verksamhetscheferna ansvarar för att möjlighet till patientsäkerhetsarbete ges samt övervakar och förbättrar patientsäkerheten inom sitt verksamhetsområde tillsammans med områdeschef. Sjukhusledningen övervakar och följer upp det patientsäkerhetsarbete som bedrivs på sjukhuset. Patientsäkerhetsarbete bedrivs såväl i linjen som i sjukhusets patientprocess arbete. På återkommande ledningsmöten är patientsäkerhet en stående punkt på agendan.

Till stöd för patientsäkerhetsarbetet finns en sjukhusövergripande chefläkarfunktion. Funktionens uppdrag är att stödja och initiera såväl operativa som strategiska frågor när det gäller förbättringar, patientsäkerhetsfrågor samt utveckling av standards. Chefläkarfunktionen har ett nära samarbete med övriga stabsfunktioner. På områdes- och verksamhetsnivå finns verksamhetsutvecklare som bidrar med kunskap, metoder och verktyg för patientsäkerhetsarbete. På flera enheter finns lokala patientsäkerhetsombud, hygienombud, nutritionsombud och fallombud som är ett stöd och drivande kraft i det dagliga praktiska arbetet kring patientsäkerhetsfrågor.

Övrigt stöd till patientsäkerhetsarbetet är bland annat en lokal STRAMA-grupp, vårdhygienenheten, läkemedelsenheten, processtöd och samordnare för hälsofrämjande sjukhus. Stödfunktioner finns också sjukhusövergripande kopplade till specifika förbättringsområden så som: fall, undernäring, trycksår 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 redovisade sitt arbete på sjukhusledningsmöten med tema patientsäkerhet.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Vårdskador mäts på flera olika nivåer inom organisationen. På en sjukhus-övergripande nivå genomförs regelbundet journalgranskning av 20 journaler/månad via metoden markörbaserad journalgranskning (tidigare GTT). Sjukhuset deltar i nationella punktprevalensmätningar avseende trycksår, vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner/klädregler. Patientsäkerhetskulturmätning sker vartannat år. 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.

Patientsäkerhetsarbetet är kopplat till mål och strategier i sjukhusets styrkort. Uppföljning av patientsäkerhetsmått sker regelbundet via förbättrings- och styrtavlor på enhets-, verksamhets- och sjukhusledningsnivå. Sjukhusledningen har tema patientsäkerhet vid 2-3 tillfällen per termin.

Uppföljning sker också vid regelbundna styrkortsdialoger mellan sjukhusledning och verksamhetsledningar. Speciella patientsäkerhetsdialoger har genomförts inom några verksamhetsområden.

På sjukhusets intranät har en ”patientsäkerhetswebb” upprättats med syfte att sprida kunskap, nyheter och förbättringar kopplade till patientsäkerhet. Här kan också sjukhusets resultat följas avseende sjukhusövergripande patientsäkerhetsmått.

Uppföljning genom egenkontroll

SkaS har en systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten när det gäller patientsäkerhet. På olika nivåer inom organisationen finns tydliga mål och mätt som visualiseras på styr-/förbättringstavlor.

Målgruppsundersökningar

Patientsäkerhetskulturmätning via enkät genomförs en gång vartannat år, all personal på sjukhuset deltar (ca 3500 enkäter). Chefläkarfunktionen ansvarar tillsammans med en verksamhetsutvecklare från varje område för genomförandet av mätningen.

Punktprevelensmätningar

Vårdrelaterade infektioner-VRI: Vårdhygienfunktionen ansvarar för mätningen och håller kontakt med sjukhusets enheter. Genomförs två gånger per år på alla slutenvårdsenheter.

Basala hygienrutiner och klädregler: Chefläkarfunktionen ansvarar för genomförandet av mätningen i samarbete med vårdhygien och en verksamhetsutvecklare från varje område. Mätningen genomförs två gånger per år på alla enheter (utom rättspsykiatri och öppenvårdspsykiatri) totalt 40 slutenvårdsenheter och 44 öppenvårdsenheter.

Trycksår: Uppdragstagare för patientsäkerhetsuppdrag trycksår ansvarar för genomförandet av mätningen. Mätningen sker en gång per år på alla patienter på alla slutenvårdsenheter (totalt 40 stycken enheter).

Granskning av journaler och annan dokumentation mm

En sjukhusövergripande grupp ansvarar för arbetet med markörbaserad journalgranskning (GTT) på SkaS. Granskarna rapporterar direkt till och kommunicerar utvecklingsfrågor med chefsläkarfunktionen. Skaraborgs Sjukhus påbörjade journalgranskning med GTT under 2010, med journaler från 2009 som utgångsår. Enligt metoden granskas 20 slumpvis utvalda journaler per månad, vid två granskningstillfällen med 10 journaler vardera. Minst två granskare arbetar tillsammans vid varje granskningstillfälle. Granskarna ska ha medicinsk kompetens och är minst sjuksköterskor. Granskningsuppgiften delas på fyra personer (verksamhetsutvecklare).

Deltagande läkare representeras av både medicinsk, kirurgisk och obstetrisk specialitet (fyra 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:

- Patientskador/1000 vårddagar.
- Patientskador/100 vårdtillfällen.
- Procentuell andel av vårdtillfällen med patientskada.
- Patientskador per allvarlighetsgrad, kategori E-I, ackumulerad data.

Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet

Förhållningssätt och attityder framkommer i resultaten av olika kundnöjdhetsmätningar, bland annat den nationella patientenkäten. Dessa identifieras också i patientupplevda avvikelser. Förhållningssätt och attityder är viktiga diskussionsunderlag vid medarbetarsamtal på SkaS.

Inhämtande av synpunkter från revisionsrapporter

SkaS deltar i patientsäkerhetsprojekt via LÖF när det gäller förlossningsskador, PRISS (protesrelaterade infektioner ska stoppas) och säker bukkirurgi, där revision av verksamheternas patientsäkerhetsarbete ingår. Internt på sjukhuset genomfördes ett flertal patientsäkerhetsgenomgångar av olika art. Bland annat har chefläkarfunktionen genomfört patientsäkerhetsgenomgång med neonatal avdelningen och den barnmedicinska slutenvården. Inom område kirurgi har områdeschef och verksamhetsutvecklare haft patientsäkerhetsgenomgångar med alla verksamhetsledningar.

Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat jämfört med tidigare resultat

Dessa jämförelser sker på olika nivåer inom organisationen. Patientsäkerhetsberättelser sammanställs på sjukhusövergripande nivå samt på områdesnivå. Resultat kopplat till patientsäkerhetsarbete jämförs i balanserade styrkortsmått på enhets-, verksamhets, områdes- och sjukhusövergripande nivå. Patientsäkerhetsrelaterade mått följs också i sjukhusets processarbete.

Förutom de nationella punktprevalensmätningarna som sjukhuset deltar i så genomför flera enheter regelbundet egna mätningar. Till exempel följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler, och följsamhet till riktlinjer för PVK/CVK samt fallavvikelser.

Jämförelser av verksamhetens resultat i jämförelse med resultat för andra verksamheter

Flera av de patientsäkerhetsrelaterade måtten redovisas i jämförelse mellan sjukhusets enheter, med regionala resultat och nationella resultat.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I samverkan med kommuner och primärvård i Skaraborg finns en patientsäkerhetsgrupp och under den 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 har kommunal hälso- och sjukvårds insats. Avvikelser har också identifierats kopplade till vård av barn och ungdomar. Samverkan för att förebygga patientsäkerhetsrisker förekommer också strukturerat i det väl utbyggda närsjukvårdprocessarbetet som finns 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.

Riskanalys

I SkaS patientsäkerhetsplan finns riskanalys med som en aktivitet att genomföra i varje befintlig patientprocess samt vid förändringar i verksamheten. Genomförda riskanalyser redovisas i bilaga 1.

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.

När det gäller riskanalyser i olika sammanhang används ett flertal metoder på Skaraborgs sjukhus. Riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar har identifierats som ett förbättringsområde då dessa ibland har missat viktiga perspektiv så som arbetsmiljö eller patientsäkerhet. Ett utvecklingsarbete har genomförts i samverkan med fackliga företrädare där en gemensam modell för riskanalys avseende perspektiven patientsäkerhet, arbetsmiljö och yttre miljö tagits fram. Modellen är avsedd att användas på uppdrag av verksamhetschef vid förändringar i verksamheten och/eller på befintliga patientprocesser. SkaS-modellen utgår från Socialstyrelsens modell.

Team som genomför 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. 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 genomförs för att reflektera och förbättra analysarbetet.

Händelseanalys

Vid händelseanalys skall alltid en avvikelse finnas registrerad på den inträffade händelsen. Analysen utförs enligt socialstyrelsens modell och med tillägg i form av lokal rutin för SkaS. Genomförda händelseanalyser redovisas i bilaga 2.

Händelseanalysteamen är tillsatta enligt socialstyrelsens rekommendationer. Analysledare är verksamhetsutvecklare som genomför analysen på uppdrag av verksamhetschef. På SkaS finns ca 15 analysledare med kompetens för ändamålet, vilka samlas vid två tillfällen per år tillsammans med chefläkarfunktionen för att reflektera kring genomförda analyser. I teamet finns också en teamledare (gärna enhetschef), teammedlemmar som är personer från olika yrkeskategorier som är väl insatta i verksamheten, ev referenspersoner. Medarbetare som deltagit i själva händelsen ska inte ingå i teamet. Patient och närstående skall få möjligheten att ge sin version av det inträffade.

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

SkaS har under 2012 ställt sig positiva till att börja använda NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalysarbete) men har på grund av pågående omorganisation avvaktat införandet till 2013.

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Avvikelser

Risker för vårdskador och vårdskador registreras av all personal i avvikelsehanteringssystemet MedControl Pro. Nyanställd personal får information om registreringsskyldighet i introduktionsprogram för nyanställda. Benägenheten att registrera avvikelser har uppmärksammats vid arbete med förbättrings-styr- och förbättringstavlor.

Registreringarna hanteras av ansvariga chefer (ärendeansvariga) via orsaksutredning, åtgärd och uppföljning. Vanligtvis tas registrerade avvikelser upp på APT/avdelningsmöten för information och återkoppling. Två områden använder sig av ”avvikelsedagbok” som finns tillgänglig på sjukhusets intranät. Några verksamheter publicerar avidentifierade avvikelser för att sprida lärande. Vissa avvikelser visualiseras på styr-/förbättringstavlor i form av daglig uppföljning.

Sammanställningar görs i patientsäkerhetsberättelser på olika nivåer inom sjukhuset. Regelbundna avvikelsegruppsträffar förekommer, där representanter för varje område träffar chefläkarfunktionen och reflekterar kring inträffade avvikelser.

Avvikelserna används som underlag i processarbeten och risk- och händelseanalyser. Ett flertal förbättringsarbeten har initierats med avvikelser som grund. Till exempel:

- Förbättringar inom läkemedelsprocessen
- Avvikelser som berör missad MRB-screening inför operation av utlandsvårdad patient har ökat kraftigt i frekvens under 2012. Ett stort antal patienter har därför isolerats och kohortvårdats helt i onödan i samband med operation. Detta har resulterat i kvalitetsbristkostnader för extrapersonal och ökad oro och stress för patienten på operationsdagen. Operationsprogrammet har också i vissa fall försenats. Målet har varit att förbättra följsamheten till SkaS riktlinjer för utlandsvårdade patienter, poängtera vikten av att identifiera aktuella patienter samt att genomföra MRB-screening i samband med operationsanmälan.
- Ett flertal avvikelser har registrerats som gäller felaktigt/undermåligt material (ex infusionsaggregat, tömbar KAD-påse). Dessa har via konsulenterna på Inköp kommunicerats till tillverkare och leverantörer. I några fall har detta medfört förändring i tillverkning eller byte av leverantör.
- Anstormning av avvikelser gällande mobiloperatör för ambulansverksamheten har lett till att ny aktör har valts. En fungerande kommunikationen mellan ambulansbesättning och akutmottagning är av största vikt för patienten.

Hantering av 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”.

Under 2012 har en broschyr (Är det något vi borde veta?) tagits fram som riktar sig till patienter och närstående. Broschyren har distribuerats till alla mottagningar och avdelningar, samt finns tillgänglig på sjukhusets Internet hemsida. I broschyren finns en blankett för patientupplevd avvikelse. Blanketten lämnas, skickas per brev eller mailas till sjukhuset.

De patientupplevda avvikelserna läggs in i avvikelsehanteringssystemet som klagomål. I alla fall där patient/närstående bett om återkoppling så ges detta av ärendeansvarig. Broschyren innehåller också kontaktuppgifter till patientnämnden, socialstyrelsen, patientförsäkringen och läkemedelsförsäkringen.

Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från personal och övriga intressenter, hanteras t.ex.via APT och avvikelsehanteringssystemet.

Sammanställning och analys

Klagomål

I avvikelsehanteringssystemet har 140 patientklagomål registrerats under 2012.

Sjukhuset i Lidköping	Medicin/Psykiatri	Kirurgi	Barn- och kvinnosjukvård	Central stab	Externt
24	55	29	26	2	1

Patientklagomålen kom från 84 kvinnor, 54 män och 2 av okänt kön. De flesta handlar om bemötande/kommunikation (63 avvikelser), organisation/regler/rutiner (58 avvikelser) och berör vård och behandling (53 avvikelser). *(Hämtat ur Cognos 2012-01-02)*

Förbättringsområden som har identifierats utifrån analys av klagomål från patienter i avvikelsehanteringssystemet är till exempel:

- Postoperativ smärtlindring; Tydliggörande av ansvaret för korrekt ordination och befintliga PM synliggörs, standard beroende av operationsbedövning utarbetas, dessutom skriftlig information till patienter.
- Strukturerat inskrivningsproceduren för planerade öronop, BUM.
- Bemötandeutbildningar
- Rutin för provsvarshantering

Patientnämnden

Under 2012 anmäldes 546 ärenden till Patientnämnden som gällde SkaS. Antalet är något högre än föregående år (471 stycken). De flesta ärendena gäller vård- och behandlingsfrågor kopplade till utebliven, försenad, felaktig behandling och komplikationer och biverkningar.

	2012			
	K	MP	SiL	BK
Vård- och behandlingsfrågor	160	92	45	39
Bemötande, kommunikation och information	26	17	9	13
Organisation, regler och resurser	51	43	21	16
Övrigt	0	1	0	0
Totalt:	237	153	75	68

Tabell 4. Ärenden patientnämnden

Chefläkare och chefsjuksköterska tillsammans med delar av sjukhusets styrelse träffade Patientnämnden Mariestad vid två tillfällen under 2012 för att ha en dialog kring patientsäkerhetsfrågor.

Enskilda anmälningar till Socialstyrelsen

Enskilda anmälningar till Socialstyrelsen hanteras av respektive verksamhetschef. Sjukhusövergripande görs en sammanställning i samband med sammanställning av patientsäkerhetsberättelse. De verksamheter på sjukhuset som har varit föremål för flest anmälningsärenden är ortopedi, kirurgi, kvinnosjukvård och vuxenpsykiatri. Dessa ärenden handlar till exempel om komplikationer, felaktig behandling och synpunkter på utredning och diagnos. Sammanställning och analys redovisas under rubriken ”resultat”.

Samverkan med patienter och närstående

Att samverka med och göra patienter och närstående delaktiga i patientsäkerhetsarbetet har varit ett fokusområde under 2012 på SkaS. Detta har bland annat genomförts genom tidigare redovisad broschyr kopplad till patientupplevda avvikelser (se rubrik hantering av klagomål och synpunkter).

I riskanalysarbetet har enstaka analyser genomförts med patienter delaktiga, främst inom vuxenpsykiatrin. Patienter och närstående erbjuds alltid att vara delaktiga i händelseanalysarbete. Ett speciellt brev för inbjudan till att vara med i händelseanalys har tagits fram under 2012.

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 närstående har varit direkt delaktiga i förbättringsarbete kopplat till barndiabetesprocessen, genom metoden 4-steg.
- På urologen Skövde har patienter varit delaktiga i framtagandet av en pärm med fallförebyggande information.
- Delaktighet i fokusgrupper, intervjuer och systemiska möten.

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

Skaraborgs sjukhus har under 2012 bedrivit ett aktivt patientsäkerhetsarbete med ett flertal åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Nedan redovisas exempel på aktivteter som genomförts.

Två gånger per termin har sjukhusledningen haft tema patientsäkerhet då förbättringsarbete kopplat till sjukhusets fokusområden (trycksår, fall, undernäring, vårdrelaterade infektioner, läkemedel, kommunikation) har redovisats. Uppdragsledare för varje fokusområde finns som har 25 % arbetstid avsatt för dessa uppdrag.

För att utveckla patientsäkerhetskulturen har en sjukhusövergripande arbetsgrupp arbetat med aktiviteter kopplade till sjukhusets förbättringsområden från enkätundersökningen som genomfördes 2011. Riktlinjer för olika typer av patientsäkerhetsgenomgångar har tagits fram och presenteras på sjukhusets ”patientsäkerhetswebb”. Flera av dessa har testats under året. En metod för patientsäkerhetsgenomgång som utformats och använts på sjukhuset är också presenterad som poster på Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare, 6-7 March, 2012, Köpenhamn (Lifvergren, S., Gustavsson, S., and Hellström, A. (2012) Patient Safety Learning Audits: Towards organizational learning for improved safety).

Under året har 43 stycken patientsäkerhetsombud utbildats i grundläggande patientsäkerhetsarbete. Patientsäkerhetsombudets funktion är att samverka med enhetschef och/eller verksamhetschef kring patientsäkerhetsfrågor inom enheten/verksamheten. Samverkanspartner och metodstöd är områdets verksamhetsutvecklare samt eventuella 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

Den 27 april anordnade SkaS en patientsäkerhetsdag med ca 200 deltagare. Bland annat deltog Trafikverket och berättade om sitt säkerhetsarbete, Patientnämnden och redovisning av lokala förbättringsprojekt kopplade till patientsäkerhet. En utställning där uppdragsledarna för fokusområdena deltog och presenterade tips och idéer för en säkrare vård fanns också på plats.

Patientsäkerhet har varit en stående punkt i sjukhusets chefsutvecklingsprogram med utbildningsinsatser vid flera tillfällen under året. En utbildning för undersköterskor i fördjupat kompetensbevis har också innehållit tema patientsäkerhet.

Deltagare från SkaS deltog vid International Forum on Quality and Safety in healthcare, Paris 2012. Tre poster bidrag presenterades (läkemedelsprocessen, avvikelsegrupp i vårdsamverkan och 4-steg i neoprocessen).

SkaS bjöd i oktober in Prof. Paolo Trucco från Politecnico de Milano till sjukhuset för att ha en workshop kring riskhantering i realtid, vilket blev mycket spännande och gav ny input till patientsäkerhetsarbetet.

En transfusionskomitté startade under året sitt arbete, vilket är ett resultat av en riskanalys angående blodtransfusion som genomfördes 2011.

Tre enheter inom SkaS startade registrering i kvalitetsregistret Senior Alert för trycksår, fall och undernäring.

Ett förbättringsarbete kring optimerad handläggning av inneliggande patienter som oväntat försämras pågår och utbildningsinsatser till all vårdpersonal planeras.

Inom den medicintekniska enheten på sjukhuset har en rutin för införande av ny teknisk utrustning tagits fram som bidrar till en säkrare vård.

Checklistan Safe Surgery enligt WHO (Time Out/Sign In/Sign Out) ska genomföras i samband med operation. Varje månad mäts följsamheten och redovisas per klinik i operationsrådet. Resultaten har inte varit helt tillfredsställande och avvikelser som hade kunnat undvikas vid genomförd Time Out, har tagits upp. Exempel: ingrepp på fel sida, förväxlade ID-brickor och patienter där man först på Postop upptäckt att patienten saknat ID-band under operationen. Under året har checklistan förstorats och anslagits på alla operationssalar. Ansvarsfördelningen för initiering av checklistan på operationssalen har också förtydligats via operationsrådets medlemmar. Följsamheten har förbättrats i slutet av 2012.

En IVA-patient gled ur sängen i samband med vändning och tvättning. Patienten ådrog sig inga skador. En genomgående orsaksutredning gjordes där flera förbättringar kunde tas fram bl.a. test av ett nytt hjälpmedel i samband med vändning i IVA-säng.

Verksamhetsområde kirurgi försöker minska riskerna för fallskador genom information samt att ”rensa” patientsalarna från onödiga/skrymmande föremål. Oroliga/desorienterade patienter placeras strategiskt på enheten – nära personalrum/expeditioner och extravak och personalförstärkningar ordnas när så krävs.

Avvikelser från kommuner har medfört att utbildningsinsatser gällande samordnad vårdplanering har genomförts.

Avvikelser gällande hot och våld inom ambulans/akutmott har genererat i föreläsningar inom ämnesområdet då patienter och personal har blivit utsatta för detta på olika sätt.

Urologen Skövde har en halk/fallgrupp där avvikelser analyseras varje månad. Denna grupp består av undersköterskor, sjuksköterskor, verksamhetsutvecklare och enhetschef. Varje fall registreras på styrtavla där varje dag med fall markeras med signatur samt avvikelsenummer. Medlemmarna i fallgruppen hjälper sina kollegor med att skriva avvikelser samt att påminna dem om vikten av dessa. När fallavvikelserna granskats så har vissa riskfaktorer granskats vilket inneburit en ökad medvetenhet hos samtliga medarbetare och man har även funnit vissa områden som man vill undersöka närmare. Inköp har gjorts av sänggrindar och halksockor. Möbler tas bort från patientrum där patient med hög fallrisk vårdas. Flera andra enheter har också fokuserat på fallförebyggande arbete.

Utbildning i SBAR inom slutenvården på barnmedicin.
Repetitionsutbildningar i läkemedelsmodulen och enskilt stöd.

Allvarliga avvikelser som lett till händelseanalyser vilka har gett upphov till genomgripande förbättringar:

- Tvillinggraviditet där ena tvillingen dog innan förlossningen. Stora förändringar i rondrutiner på förlossning, ansvarsfördelning, CTG utbildning, Allt mer strukturerat med fokus på gemensamt tänkande och planering av övervakningsnivå och åtgärder för inneliggande patienter. Tydlig risktriagering.

- Gravid kvinna med hjärtstopp under graviditet till följd av sepsis efter appendicit med komplicerat förlopp. Där har händelseanalysen legat till grund för utbildning av kirurger och obstetriker i gravidas särställning och känslighet när det gäller infektionssjukdomar. Nya riktlinjer för bedömning och behandling har tagits fram av Kir/KK/infektionsklinik.

- Avvikelser som handlar om överbeläggningar har varit vanliga på medicinkliniken, Lidköping – detta har lyfts i rondenprojektet, där man utvecklat rutiner som ökar antalet utskrivningar som sker innan kl. 12 – 13.00.

- Rutiner har arbetats fram som minskar antalet tromboflebiter.

- Utökad telefontillgänglighet efter att patient upprepade gånger ej lyckats komma fram på telefontid.

- Inom radiologin har en förbättring i Sectra-RIS genomförts där man nu enbart kan skriva 12 tecken vid personnummer samt enbart stor bokstav vid reservnummer. Även primärvårdens införande av e-röntgenremisser har gjort att risken för fel minskar drastiskt.

Resultat

Riskanalyser

På SkaS har flera riskanalyser gjorts enligt Socialstyrelsens och Sveriges kommuner och landsting – SKL´s rekommendationer. Under året har arbete pågått med 33 stycken riskanalyser. Åtta riskanalyser som påbörjades 2011 avslutades under 2012. Under 2012 avslutades 23 riskanalyser (Bilaga 1).

Avvikelser

I avvikelsesystemet MedControl Pro registrerades 5786 avvikelser på SkaS under 2012 (motsvarande siffra föregående år var 5887 stycken). Antal avvikelser per nettoårsarbetare/år på SkaS 2012 var 1,6 stycken (1,4 avvikelser/anställd/2011).

Tabell 1 Avvikelser SkaS 2012

Avvikelser 2012	Med Control Pro avvikelser	Med Control Pro Vårdskada	Med Control Pro Risk för vårdskada
SkaS	5786	363	2784
Område BK	597	37	313
Område K	1677	83	867
Område MP	2012	175	1134
Område SiL	846	69	286

Avvikelserna handlar till stor del om organisation/regler och resurser samt vård och behandling, vilket är samma typer av avvikelser som tidigare år. Under 2012 registrerades 12 avvikelser med riskvärde 3. Konsekvenserna för patienterna redovisas i tabell 2.

Tabell 2 Konsekvenser

Typ av konsekvens	Antal avvikelser
Dödsfall	2
Bestående skada/smärta	7
Övergående skada/smärta	610
Förlängd vårdtid	88
Förlängd väntetid	189
Ökad vårdinsats	170
Övrigt	429
Ingen	848

Anmälningar till Socialstyrelsen enligt Lex Maria

21 patientärenden har av chefläkare anmälts till Lex Maria, varav 13 stycken avser suicid. I 96 fall har enskilda anmälningar till Socialstyrelsen gjorts där SkaS varit inblandat. Sex ärenden av anmälningar som berör bemötande på SkaS har skickats från Socialstyrelsen direkt till Patientnämnden för hantering där. I 26 ärenden har sjukhuset bistått med journalkopior i anmälningar som

gäller andra förvaltningar.
(Tabell 3).

SkaS	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Lex Maria	14	8	17	17	13	21
Enskild anmälan till Socialstyrelsen	8	5	6	13	52	96

Patientförsäkringen/LÖF

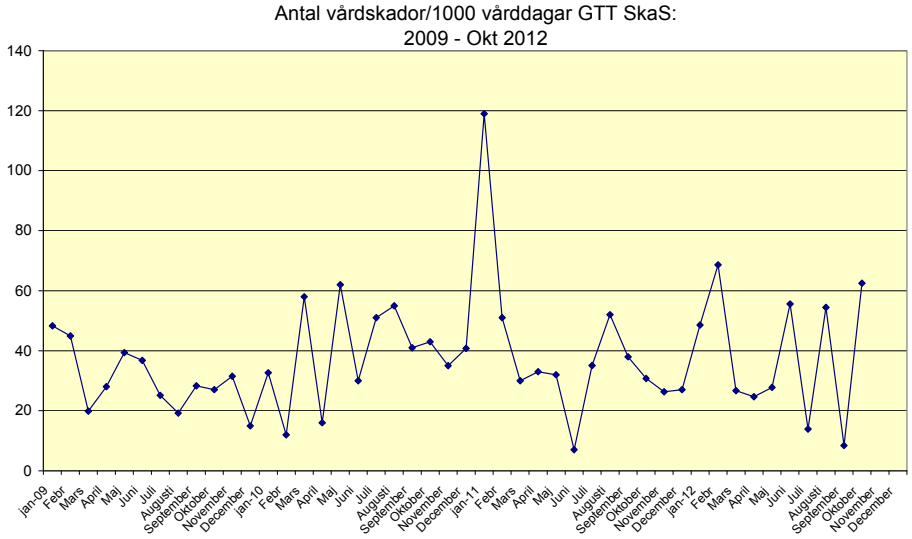
Under 2012 har 243 ansökningar gjorts till patientförsäkringen, där patienten vårdats på SkaS. Ca 46 % av de beslutade ansökningarna har beviljats ekonomisk ersättning, vilket är på ungefär samma nivå som tidigare år (2008-2011, 43-47 %). Enligt uppgifter från LÖF är den generellt vanligaste ersättningen under 30 000 kr, men ett mindre antal ärenden får betydligt högre ersättningar t.ex. svåra förlossningsskador som leder till livslång invaliditet för barnet. Skador inom ortopedi, bild- och funktionsmedicin samt kirurgi var vanligast på SkaS under 2012, vilket skiljer sig från förra året då kvinnosjukvården hade fler ärenden än i år.

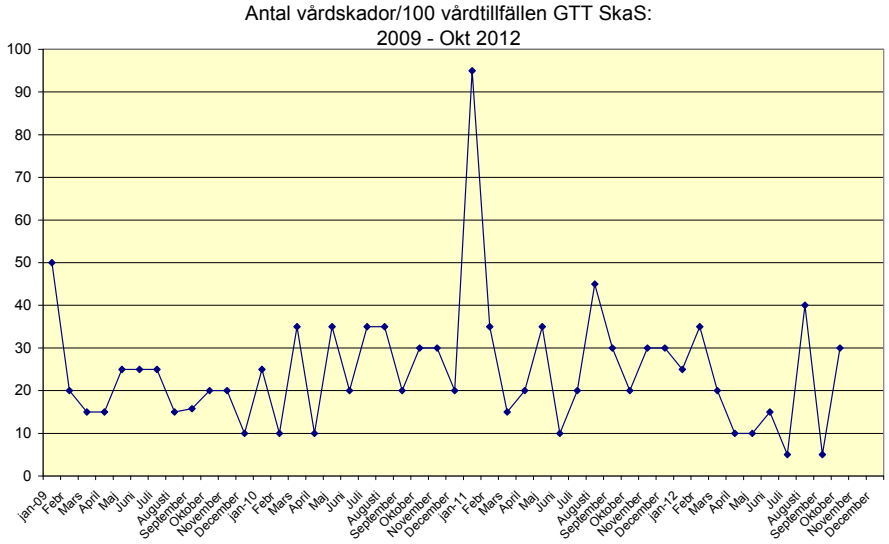
Anmälningsår	Antal
2008	161
2009	168
2010	180
2011	219
2012	243

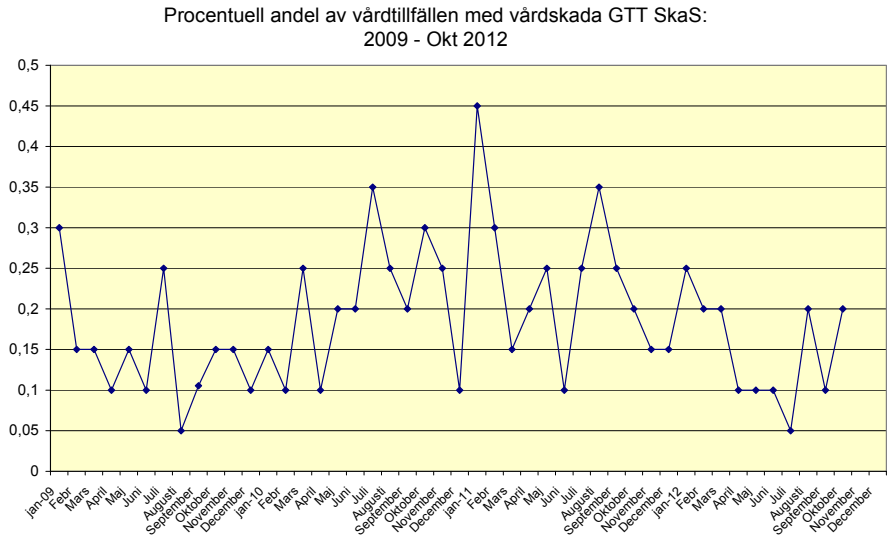
Händelseanalyser

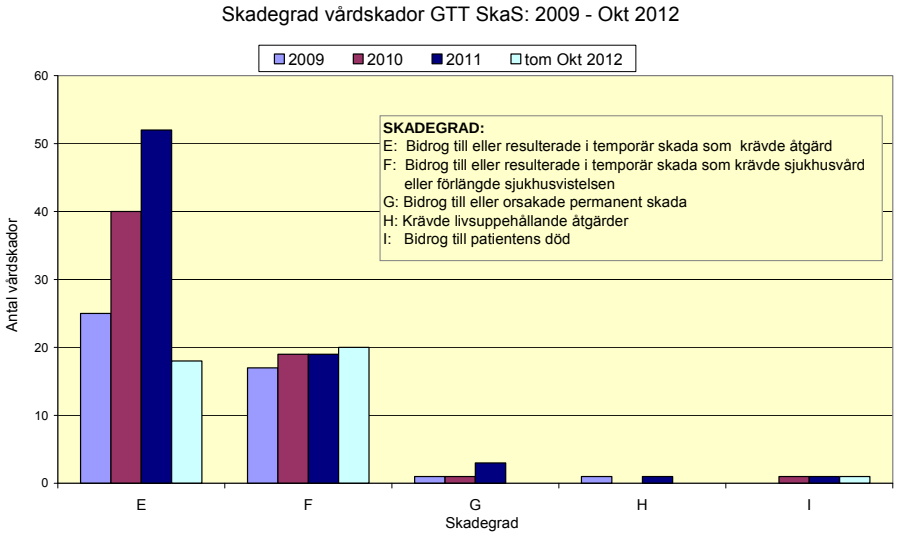
Under året har sjukhuset arbetat med 42 händelseanalyser (Bilaga 2). Av dessa har 15 påbörjats under 2011. Under året avslutades totalt 38 stycken händelseanalyser, 16 ärenden avsåg suicid. Målet är att handläggningstiden från uppdrag till att slutrapporten fått slutkommentar från uppdragsgivare och ärendelogg skapats inte ska överstiga 60 dagar.

Strukturerade journalgranskningar





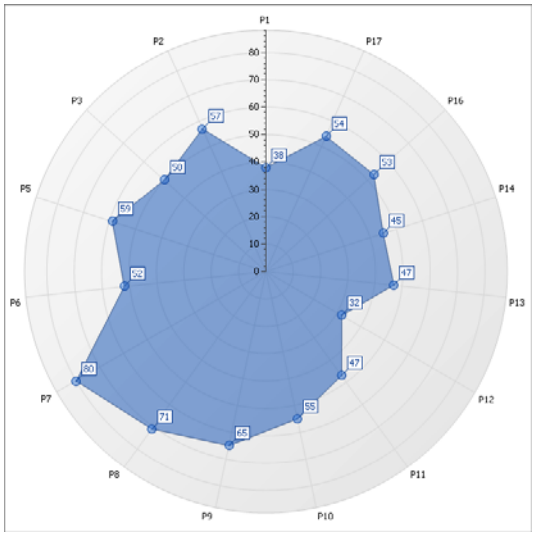




Resultatet har återrapporterats till verksamheterna via områdescheferna som fått områdets respektive skador med persondata. Granskarna har vid funnen vårdskada kontrollerat om avvikelse finns i MedControl Pro och då upptäckt att detta endast finns i undantagsfall. Sjukhusets totala resultat kommer att sammanställas i en årsrapport.

Resultat av patientsäkerhetskulturmätning

Patientsäkerhetskulturmätningar har endast genomförts på två avdelningar i samband med patientsäkerhetsgenomgång tillsammans med chefläkarfunktionen under 2012. Den större sjukhusövergripande patientsäkerhetskultur mätningen via enkät kommer att utföras under nästa år. Här nedan redovisas resultatet från 2011.



	Dimension	Resultat
P1	Benägenhet att rapportera händelser	38
P2	Sammantagen säkerhetsmedvetenhet	57
P3	Självskattad patiensäkerhetsnivå	50
P5	Min närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet	59
P6	Lärandeorganisation	52
P7	Samarbete inom vårdenheten	80
P8	Öppenhet i kommunikationen	71
P9	Återföring och kommunikation kring avvikelser	65
P10	En icke straff- och skuldbeläggande kultur	55
P11	Arbetsbelastning och personaltäthet	47
P12	Högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbete	32
P13	Samarbete mellan vårdenheterna	47
P14	Överlämningar och överföringar av patienter och information	45
P16	Information och stöd till patient vid negativ händelse	53
P17	Information och stöd till personal vid negativ händelse	54

Resultat av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

Skaraborgs sjukhus har de senaste år en förbättrat sitt eget resultat avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler men har fortfarande en förbättringspotential för att komma upp i samma resultat som övriga sjukhus i samma storlek i riket där genomsnittet ligger på 68 % följsamhet.

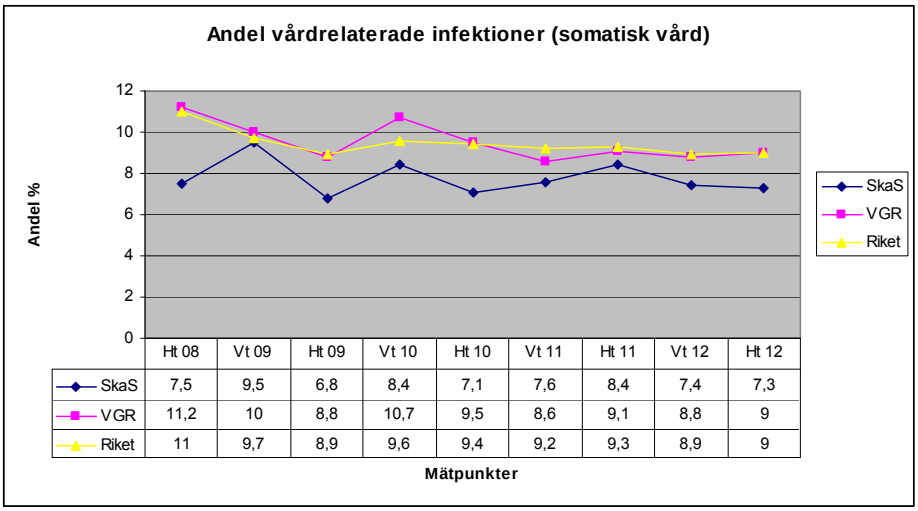
Tabell 3 Resultat slutenvården, hösten 2012

	Riket	**VGR**	**SkaS**
Korrekt desinfektion av händerna före	80 %	82 %	73 %
Korrekt desinfektion av händerna efter	94 %	94 %	92 %
Korrekt användning av handskar	95 %	96 %	93 %

Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden rock	92 %	95 %	93 %
Korrekt förfarande i samtliga fyra steg – Följsamhet till basala hygienrutiner	74 %	75 %	65 %
Kortärmad arbetsdräkt	97 %	97 %	99 %
Fri från ringar, klockor och armband	95 %	96 %	93 %
Kort eller uppsatt hår	99 %	98 %	96 %
Korrekt förfarande i samtliga tre steg – Följsamhet till klädregler	92 %	92 %	89 %
Korrekt basala hygienrutiner och klädregler	**70 %**	**71 %**	**60 %**

Resultat av punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner

När det gäller vårdrelaterade infektioner så har SkaS en frekvens som är lägre än både VGR och riket.



	Ht 08	Vt 09	Ht 09	Vt 10	Ht 10	Vt 11	Ht 11	Vt 12	Ht 12
SkaS	7,5	9,5	6,8	8,4	7,1	7,6	8,4	7,4	7,3
VGR	11,2	10	8,8	10,7	9,5	8,6	9,1	8,8	9
Riket	11	9,7	8,9	9,6	9,4	9,2	9,3	8,9	9

Figur 1 PPM-VRI somatisk vård 08-12

Resultat av punktprevalensmätning trycksår

2012	**Riket**	**VGR**	**SkaS**
Andel trycksår grad 1-4 totalt	**16 %**	**18 %**	**18%**

519 patienter deltog vid mätningen som genomfördes inom all slutenvård exklusive rättspsykiatrin under våren 2012. Andelen riskpatienter var 15 % (78 stycken). Av andelen patienter som hade tryckskada/trycksår var 52 % kvinnor och 48 % män. Det trycksårs förebyggande arbetet behöver fortsatt uppmärksamhet. En åtgärd som kan bidra till lägre frekvens av tryckskador är att i alla vårdbäddar ha trycksårsavlastande madrasser. Under våren 2013 kommer 40 % av sjukhusets alla sängmadrasser att bytas ut mot madrasser med tryckavlastande förmåga.

Resultat avseende överbeläggningar

Sedan september 2012 rapporterar SkaS utlokaliserade patienter och överbeläggningar månatligen till SKL. Initialt har det varit en del registreringsproblem, som nu åtgärdats. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter är inget stort problem på SkaS. Väl inarbetade rutiner (PM) löser dom få överhettningsproblem som uppstår.

Kvalitetsregister

Flera patientsäkerhetsområden följs upp via olika kvalitetsregister, till exempel SIR (Svenskt Intensivvårds register) och GynOp-registret följer postoperativa sårinfektioner.

Övrigt

Andelen svåra förlossningsskador har halverats sedan 2004 (uppgift från kvinnosjukvården).

Övergripande mål och strategier för kommande år

Var god se sjukhusets patientsäkerhetsplan för 2013 (Bilaga 3).

Bilaga 1. Riskanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2011	2012	MP	Njurmedicin	Användning av mobiltelefoni på dialysavdelning
2011	2012	SkaS		Borttagande av patientbrickan
2011	2012	MP	Medicin	Ny sprutpump
2011	2012	MP	Njurmedicin	Tillredning av vatten inför dialys
2011	2012	BK	Barnmedicin	Förändring av verksamhet inom öppenvården
2011	2012	BK	Barnmedicin/BUP	Sommarplanering
2012	2012	SiL	Övergripande	Serviceteam
2012	2012	MP	VUP	Patient och utbildningsdatorer inom rättspsykiatri
2012	2012	MP	VUP	TV övervakningssystem vid rättspsykiatri
2012	2012	MP	VUP	Receptionsfunktion inom rätts-psykiatri
2012	2012	MP	Njurmedicin	Läckagedetektor vid dialys i hemmet
2012	2012	BK	Barnmedicin	Neddragning av slutenvårdsplat-ser
2012		BK	Gynekologi	Lokalmässiga fysiska säkerhets-risker på gynmott
2012	2012	MP	Medicin	Sammanslagning av två AK-mottagningar
2012	2012	MP	VUP	Oplanerade patientbesök vuxen-psykiatrisk öppenvård
2012	2012	SiL	Operation	Att operera patient på SkaS Lid-köping
2012	2012	SkaS	Läkemedelsprocessen	Nytt avtal APL SkaS
2012	2012	K	Ögon	Lucentis, från operation till mot-tagning
2012		SiL/BK	Gynekologi	Att operera all gynekologisk dagkirurgi på SkaS Lidköping
2012		SiL/BK	Gynekologi	Att operera all gynekologisk slu-tenvård på SkaS Skövde
2012		SiL	Radiologi	IVC teknisk utrustning
2012	2012	SiL	Kirurgi	Ombyggnation av akuten
2012		SkaS	Ortopedi	Ryggprocessen
2012		SkaS	Gynekologi	Att stänga gynavdelningen i Lid-köping
2012		SkaS	Urologi	Att ändra flödet av dagkirurgi och slutenvård
2012		SkaS	Ortopedi	Att operera ytterligare 3 st led-plastiker/vecka i Lidköping

2012	2012	SiL	Övergripande	Läkemedelshantering vid vårdens övergångar
2012		MP	Medicin	Sammanslagning av Mariestads och Skövdes diabetesmottag-ningar till en mottagning
2012	2012	BK	BUP	Anpassning av bemanningen på avd 17
2011	2012	SiL	SiL	Att dosera Waran på inneliggan-de patient
2011	2012	K	IVA	Utbyte av lås på IVA
2012		K	Kirurgen	Reduktion av vårdplatser
2012	2012	K/MP		Måltidslösning Skaraborg

Bilaga 2. Händelseanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2011/07	2012/05	MP	VUP	Suicid
2011/09	2012/03	BK	Kvinnosjukvård	Intrauterin fosterdöd
2011/11	2012/03	MP	VUP	Suicid
2011/11	2012/03	MP	VUP	Suicid
2011/12	2012/08	MP	VUP	Suicid
2011/11	2012/01	K	Kirurgi	Dolcontin
2011/12	2012/08	MP	Neuro/Rehab	Brister i kommunikation, information, bemötande och rutiner vid vård av man som avled pga hjärntumör
2011/09	2012/05	MP	Medicin	Felaktig utskrivning
2011/11	2012/06	MP	Medicin	Fördröjd diagnostik av patient med femurfraktur
2011/09	2012/01	K	Ambulans	Bilbarnstol
2011/06	2012/06	K	Ortopedi	Trycksår
2011/11	2012/10	K	Akutmott	Hot och våld på akuten
2011/12	2012/03	K	Kirurgi	Suicid
2012/01	2012/05	BK	Kvinnosjukvård	Gravid kvinna som får hjärtstopp
2012/01	2012/07	MP	VUP	Suicid
2012/02	2012/06	MP	VUP	Suicid
2012/02	2012/07	MP	VUP	Suicid
2012/03	2012/03	SiL	Ortopedi	Missad fraktur vid överflyttning
2012/03	2012/05	BK	Barn	Ett prematurt barn får 10 ggr för hög dos Vancomycin
2012/02	2012/06	MP	Infektion	Hjärtstopp
2012/04	2012/09	MP	VUP	Suicid försök
2012/06	2012/06	MP	VUP	Klagomål
2012/06	2012/09	MP	Kardiologi	Hjärtstopp
2012/08	2012/10	MP	VUP	Suicid
2012/02	2012/10	MP	VUP	Suicid
2012/08	2012/11	MP	VUP	Suicid
2012/08	2012/08	MP	Hud	Höftfraktur efter fall
2012/08	2012/10	MP	VUP	Anmälan om fel i vården
2012/10	2012/10	MP	VUP	Suicid
2012/10	2012/12	MP	VUP	Suicid
2012/09		SiL	Kirurgen	Försenad läkarkontakt vid sepsis
2012/05	2012/12	SiL	Gyn	Patient avlider i cervix cancer drygt två år efter att konisering visade benignitet
2012/11	2012/12	MP	Kardiologi	Bristfälligt fungerande defibrillator
2012/11		SiL	Medicin	Kommunikationsbrist
2012/11		SiL	Medicin	Återinläggning av patient – intorkning
2012/11	2012/11	MP	VUP	Suicid
2012/11		MP	Medicin	Tarmperforation vid koloskopi
2012/11	2012/11	MP		Suicid
2012	2012/11	MP	VUP	Handläggning av patientärende

2012/06	2012/06	K	ÖNH	Ansiktsfraktur
2011/09	2012/03	K	Kirurgen	Multitrauma
2011/01	2012/03	K	ÖNH	Halscysta

Patientsäkerhetsplan SkaS 2013

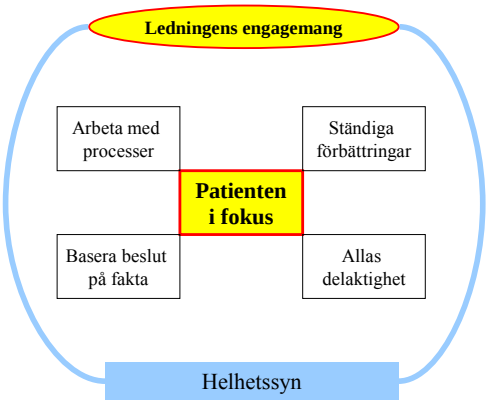
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

Skas 447-2010

”Godare 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 2013 aktivt arbeta för en hållbar utveckling i säkra patientprocesser. Patientsäkerhetsarbetet sker ur ett hälsofrämjande, jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv (ålder, kön, etnicitet, sexuell läggning, funktionsnedsättning) och i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659) och författningen om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är processarbete, samverkan, riskhantering och egenkontroll centrala begrepp, vilket också kännetecknar SkaS patientsäkerhetsplan. Ledningssystem för patientsäkerhet finns inbakat i sjukhusets webbaserade ledningssystem - ”SkaS-guiden”. Principerna för offensiv verksamhetsutveckling är basen för sjukhusets systematiska patientsäkerhetsarbete och består av flera aktiviteter med olika angreppssätt och verktyg som stöd. Innehållet i patientsäkerhetsplanen ska bidra till att uppnå en förbättrad patientsäkerhetskultur på Skaraborgs sjukhus. I enlighet med patientsäkerhetslagen har alla medarbetare på SkaS ett ansvar för att medverka till en god och säker vård för patienten.



Figur 1 Principer för offensiv verksamhetsutveckling. Bergman & Klefsjö.

Patienten i fokus

Patientens rätt att bli lyssnad till och tas på allvar står i fokus. Patienter och närståendes möjlighet att delge berättelser om 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. Patienter och närstående skall ses som en viktig resurs. Deras perspektiv på hur vården utförs ger oss betydelsefull information som är av stor vikt i patientsäkerhetsarbetet.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Arbeta för att öka patienternas kunskap om generella risker inom vården och hur patienten själv kan bidra för att stärka skyddsnäten.
- Informera och ge stöd till patient och närstående då en vårdskada inträffat.
- Aktivt tillvarata patientupplevda avvikelser och uppmuntra patienter/närstående att delta i förbättringsarbete, i pågående patientprocessarbeten samt vid risk- och händelseanalyser.

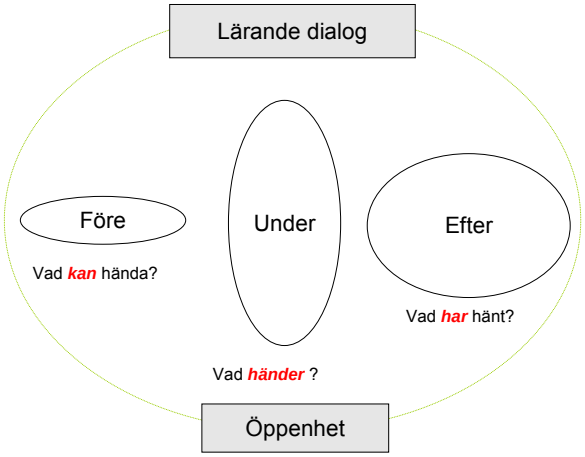
Ansvarig: Chefläkarfunktionen

- Kommunikation, möte och bemötande kopplat till patientsäkerhet kommer att vara teman i chefs- och ledarskapsutvecklingsprogrammet på SkaS.

- Erbjuder patienter och närstående möjlighet till dialog i sjukhusorternas entréhallar vid flera tidpunkter.
- SkaS utökar samverkan med Patientnämnden genom ”Kvalitetsforum” och arbetsmöten för att få viktig information till sjukhusets säkerhetsarbete.

Arbeta med processer

SkaS skall under 2013 lägga 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 prediktivt både för den enskilda patienten som för grupper av patienter.



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

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- 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.

Ansvarig: Verksamhetschef och sjukhusets stab

Fortsatt arbete för en processorienterad bemanning. Fyra pilot enheter redovisar sitt arbete innan sommaren. Stöd ges till dessa enheter genom riskanalys i patientprocessen, säkerhetsdialog och stöd kring bemanningsfrågor.

Ansvarig: Chefläkarfunktionen och uppdragsledare för patientsäkerhet: trycksår, halk/fall och undernäring

- Temadag för analysledare om risk- och händelseanalys.
- Uppföljning och utveckling av SkaS modell för riskanalys där perspektiven patientsäkerhet, arbetsmiljö och yttre miljö beaktas.

- Uppföljning och utveckling av riskbedömningsmall för trycksår, halk- fall och undernäring.

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 verksamhetsnivå och sjukhusövergripande nivå efter varje kalenderår.

Sjukhusövergripande mått och mål

Mått	**Mål**
Antal registrerade avvikelser per anställd/år	> 2 avvikelser/anställd och år
Andel risk- och händelseanalyser som har haft patientmedverkan	> 50 %
Skador/1000 vårddagar (via GTT)	
Skador/100 vårdkontakter (via GTT)	
Procentuell andel av vårdkontakter med skada (via GTT)	
Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler	100 %
Andel dokumenterade riskbedömningar inom 24 timmar på patienter > 65 år	> 50 %
Antal fall olyckor per månad Andel patienter som får en åtgärd vid dokumenterad risk för fall	Alla fallolyckor **skall** registreras i MedControl Pro > 70 %
Andel trycksår/tryckskada grad 1-4 Andel patienter som får en åtgärd vid dokumenterad risk för trycksår/tryckskada	< 15 % > 70 %
Andel patienter som får en åtgärd vid dokumenterad risk för undernäring	> 70 %

En mätning av andelen återinläggningar inom 30 dagar ska startas. När det gäller säkerhet i läkemedelsprocessen är målet att påbörja mätning av andelen läkemedelsberättelser vid utskrivning av patienter inom slutenvården. Antal genomförda risk- och händelseanalyser och antal lex Maria ärenden mäts också.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Delta i punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner – VRI och basala hygienrutiner/klädregler varje halvår och trycksår en gång/år. Lokalt förbättringsarbete kopplat till resultat.
- Tillse att det finns mål och mått kopplade till patientsäkerhet i verksamhetens styrkort och processutvecklingsplaner?
- Återkoppling av verksamhetens avvikelser till medarbetarna ska förbättras och en fortsatt utveckling av hur avvikelser används i förbättringsarbetet.
- Sammanställa, följa upp och utveckla händelseanalysarbetet med fokus på förbättringar.
- Initiera verksamhetsspecifika journalgranskningar (GTT) för att identifiera förbättringsområden till exempel genom ST-projekt.

Ansvarig: Chefläkarfunktionen

- Systematisera analys och återkoppling av avvikelser på sjukhusövergripande nivå samt delta i förbättringsarbete kopplat till användning av avvikelsesystemet - MedControl Pro.
- Följa upp andelen vårdskador på SkaS genom journalgranskning med verktyget Global Trigger Tool – GTT. Samt dokumentera i nationell databas.
- Införa ett IT-system för händelseanalysarbete - NITHA.
- Utveckla och uppmuntra användningen av kvalitetsregistret Senior Alert för patienter > 65 år.
- Planera och genomföra patientsäkerhetskulturmätning under våren på minst 75 % av sjukhusets enheter.

Ständiga förbättringar

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

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Daglig uppföljning av patientsäkerhetsområden via ”FILUR-tavlor”, eller liknande. Minska läkemedelsfel genom att införa läkemedelsberättelse och enkel läkemedelsgenomgång.
- Minska andelen vårdrelaterade urinvägsinfektioner genom systematiskt förbättringsarbete
- 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.
- Minska antalet halk-/fallolyckor genom systematiskt förbättringsarbete
- Minska andelen patienter med undernäring genom systematiskt förbättringsarbete
- Minska förskrivningen av antibiotika inom öppenvården

- Bidra till rökstopp inför operation
- Minska brister i kommunikation genom systematiskt förbättringsarbete, SBAR vid behov i speciella situationer.
- Time Out vid operationsstart, 100 % följsamhet eftersträvas.
- Resultatet av mätningen av överbeläggningar bör brytas ned och analyseras på enhetsnivå.

Ansvarig: Chefläkarfunktionen

- Medverka till utbildning i BAS-plus kunskap för alla medarbetare.
- Införa ”Infektionsverktyget”
- Inventera behovet av utrustning för att kunna genomföra åtgärder vid risk för trycksår och fall.
- Regelbundna registreringar av överbeläggningar görs och rapporteras till SKL månadsvis.

Allas delaktighet

En öppenhet och spridning av kunskap kring patientsäkerhet är av stor vikt. Patientsäkerhetskulturmätningen i maj 2011 påvisade att sjukhuset är bra på att samarbeta inom vårdenheterna men behöver utveckla samarbetet mellan olika enheter. Detta borde kunna förbättras genom patient process arbete utifrån patientens resa. SkaS samverkar med sina vårdgrannar kring patientsäkerhetsfrågor. Ett stöd för chefen i patientsäkerhetsarbetet kan vara att ha ett patientsäkerhetsombud.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Goda exempel på lyckade förbättringar av patientsäkerhet på SkaS skall spridas inom organisationen.
- Varje verksamhet genomför sedan minst en patientsäkerhetsgenomgång under året.
- Varje verksamhet har patientsäkerhetsombud.
- SBAR (Situation, bakgrund, aktuellt, rekommendation) som ett verktyg för strukturerad kommunikation i speciella situationer ska fortsätta att introduceras.

Ansvarig: Chefläkarfunktionen

- Patientsäkerhetsdag anordnas den 25 oktober
- Patientsäkerhetswebben, det interna nätet skall utvecklas
- Arrangera workshop för patientsäkerhetsombud
- Riktade aktiviteter för att förbättra kommunikation i vårdens övergångar

Ledningens engagemang

Ledningens engagemang återkommer i olika sammanhang som en viktig faktor för att lyckas med förbättringsarbete. Att vara engagerad innebär att man som chef på alla nivåer behöver kunskap och känner sig motiverad till att arbeta med säkerhetsfrågor. Ett stort ansvar ligger i att se till att medarbetare som varit inblandade i allvarliga vårdskador får det stöd som de behöver.

Aktiviteter

Ansvarig: Verksamhetschef

- Varje verksamhetsområde skall ha en egen plan för sitt patientsäkerhetsarbete som också beskriver aktiviteter för att förbättra patientsäkerhetskultur.

Ansvarig: Chefläkarfunktionen och HR-funktionen

- I SkaS chefsutvecklingsprogram ingår patientsäkerhet som ett återkommande tema även under 2012.
- Aktivt stödja SkaS chefer med fokus på aktiviteter/åtgärder för en förbättrad patientsäkerhet. Kommer att ske genom grundläggande patientsäkerhetsutbildning till chefer samt uppföljning av patientsäkerhetsarbetet via dialog.
- Utveckla ett systematiskt sätt att ge stöd till medarbetare som varit inblandade i allvarliga vårdskador.

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 och på enhetsnivå. Dialoger med övriga aktörer utanför SkaS är också viktiga. Att sprida god utveckling och att inspireras av andras arbete är viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet.

Chefläkarfunktionen är sammankallande för en sjukhusövergripande grupp för patientsäkerhetskultur med deltagare från chefläkarfunktionen, processchef, processtöd, HR-funktionen, verksamhetsutvecklare från sjukhusets områden, samt fackliga företrädare. Gruppen analyserar resultatet från patientsäkerhetskultur mätningen och tar fram förslag på aktiviteter för att förbättra patientsäkerhetskulturen på SkaS. Resultatet från mätningen återförs på enhetsnivå på SkaS.

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 en offensiv verksamhetsutveckling.

Verksamheterna har regelbundna utvecklingsdialoger (3 ggr/år) där deras patientsäkerhetsarbete följs upp. Från enhetsnivå till verksamhetsnivå och sjukhusnivå följs patientsäkerhetsarbetet upp via förbättrings- och styrtavlor.

Mål utifrån analys

SkaS mål är att bibehålla nivån på resultaten inom de dimensioner som vi är riktigt bra på, **Öppenhet i kommunikation** och **Samarbete inom vårdenheten**.

Högsta ledningens stöd: Här bör ett mål sättas för att förbättra denna dimension. Bör lyftas till agendan på sjukhusledningen. Hur kan vi visa att vi stödjer patientsäkerhetsarbetet? Resultat vid mätningen 2011 var 32 i index.

Benägenheten att rapportera händelser: Mål, att nå över 50 i index vid nästa mätning. Resultatet vid mätningen 2011 var 38 i index.

Överlämningar och överföringar av patienter och information: Mål, att nå över 50 i index vid nästa mätning. Resultatet vid mätningen 2011 var 45 i index.

2013-03-26

Informationsärende 9

Sjukhusdirektörens muntliga redovisning.

Informationsärende 10

Anmälnings- och delegationsärenden

Anmälningsärenden för tiden 2013-01-22 – 2013-03-18

Regionstyrelsen

§ 11 Regionuppdrag för rörelseorganens sjukdomar, RS 2633-2012, SkaS 46-2013

§ 23 Redovisning av förutsättningar för servicenämndens ekonomi 2013, RS 11-2013, SkaS 88-2012

§ 35 Principer och riktlinjer för Västra Götalandsregionens hantering och ägande av konst m.m. RS 131-2013, SkaS 106-2013.

§ 42 Regionuppdrag för lungcancervården. RS 2634-2012, SkaS 85-2013.

Hälso- och sjukvårdsnämnden västra Skaraborg

§ 4 Skrivelse från Skaraborgs Sjukhus angående somatiska mottagningar utanför sjukhusorterna. HSN9 136-2012.

Revisionsenheten

Granskning av ekonomistyrning vid fyra av regionens sjukhus, Rev 47-2012, SkaS 20-2013.

Delegationsbeslut

SD § 2 Bidrag till sjukhuskyrkan SkaS Skövde 101-2012.

Handlingarna finns tillgängliga under sammanträdet

Ärende 11

Övriga frågor.