

Handlingar
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
24 april 2014

Föredragningslista

Sammanträde med Sjukhusstyrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 24 april 2014

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Tid: Kl. 12.15 – 15.30.

Inledande formalia

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

Beslutsärenden

1. Delårsrapport mars 2014, bilaga
Diarienummer SkaS 20-2014
2. Uppdrag produktionsstyrning, bilaga
Diarienummer SkaS 84-2014
3. Hyreskompensation 2015, bilaga
Diarienummer SkaS 214-2013
4. Remissvar – Förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter, bilaga
Diarienummer SkaS 87-2014
5. Anmälnings- och delegationsärenden, bilaga
Diarienummer SkaS 1-2014
6. Övriga frågor.

Informationsärenden

- A. Patientsäkerhetsberättelse, bilaga
Föredragande Ulf Nyberg
- B. Handlingsplan psykiatri
Föredragande Hans Halén
- C. Rapport från presidiet.
- D. Rapport från sjukhusdirektören.

Susanne Larsson
ordförande

Ärende 1

Inledande formalia

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

Beslutsärende 1

Delårsrapport mars 2014.
SkaS 20-2014

Tjänsteutlåtande
Datum 2014-04-16
SkaS 20-2014

Sjukhuskansliet
Handläggare: Eva Sundström
E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Delårsrapport mars 2014 Skaraborgs Sjukhus (SkaS)

Förslag till beslut

1. Godkänna delårsrapport mars 2014.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Verksamhet

Under årets tre första månader har fokus varit på tillgänglighet, bemanning och planering inför sommaren.

Året började med stort inflöde av patienter och mindre utbrott av calici. Under de följande månaderna har inflödet varierat men har kunnat hanteras genom bra rutiner. Beläggningssiffrorna som rapporteras nationellt har kvalitetssäkrats. Genom goda rutiner för in- och utskrivning av patienter ligger beläggningsgraden i snitt på 93 procent de första tre månaderna.

Tillgängligheten håller på att förbättras efter att åtgärdsplaner startats som omfattar köp av vård hos externa vårdgivare och utökad mottagnings- och operationsverksamhet. Inom specialiteter där det varit brist på läkarresurser har bemanningsföretag använts. För att klara tillgängligheten skickas en viss andel av inkommande remisser inom ortopedi och ögon till externa vårdgivare enligt regional rutin för tillgänglighetssatsning. Uppdraget är att ha en tillgänglighet under våren som även håller mot en något lägre produktion under sommaren.

SkaS har under det gångna året fortsatt att arbeta systematiskt med att säkerställa vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Utifrån det arbetet ska medborgarna känna ett förtroende för att vården gör allt den kan för att patienten inte ska blir sjuk eller skadas. I år har ett nytt IT-system införts – Infektionsverktyget. Detta innebär möjlighet till fortlöpande mätning av vårdrelaterade infektioner och styrning av antibiotikaförskrivningen.

Det råder obalans mellan SkaS behov och tillgång till sjuksköterskor och läkare. Bristen på tillgång till kompetens i kombination med arbetet att klara tillgängligheten har medfört att SkaS fått anlita bemanningsföretag inom flera specialiteter.

För läkargruppen är användandet av bemanningsföretag i första hand orsakat av vakanta tjänster där upprepade rekryteringsåtgärder inte gett resultat. Under vintern 2013 har ett antal läkare rekryterats via utlandsrekrytering. Under året kommer dessa att påbörja sin anställning och bemanningsföretagen avvecklas. Detta gäller framförallt inom barn- och ungdomssjukvård samt kvinnosjukvård. Bemanningsföretag har även använts på grund av svårigheter att rekrytera sjuksköterskor. Under våren har det skett ett antal rekryteringar av allmänsjuksköterskor, vilket innebär att användandet av bemanningsföretag succesivt kan avvecklas inom några områden, men kvarstår för specialistsjuksköterskor.

En av sjukhusets stora utmaningar är att klara bemanningen under sommaren. Vikarietillgången är låg och då speciellt för områden som kräver specialistkompetens som förlossning och operation. Åtgärder som är vidtagna, förutom sedvanlig rekrytering, är hopslagning av enheter, översyn av kompetensmix och administrativ personal i vården. Anlitande av bemanningsföretag och erbjudande om sommarersättningar är åtgärder som nu vidtagits, men fortfarande återstår områden som ännu inte är lösta.

Sjukfrånvaron ligger på en fortsatt hög nivå men trenden ser ut att ha vänt sista månaden men den medellånga sjukfrånvaron mellan 15-59 dagar har stigit sedan hösten 2013. Denna trend följer sjukskrivningsmönstret på nationell nivå. Analys pågår men tillgängliga värden pekar på olika orsaker såsom årets långdragna influensa som gett högre sjukfrånvaro hos verksamheter som inte tillåter sjuknärvaro.

En väl fungerande lönebildning är en viktig del för att kunna attrahera, rekrytera och behålla personal med rätt kompetens. SkaS arbetar utifrån ett helhetsperspektiv baserat på regionens personalvision, lönepolicy, jämställdhetsmål och regionens önskvärda lönestruktur. I Västra Götalandsregionens lönepolitiska riktlinjer framgår att lönestrukturen ska stödja kompetensförsörjningen. SkaS har arbetat utifrån den målsättning som varit gällande inom regionen, det vill säga att löneöversynen för 2014 ska vara klar i samband med april månads lön. SkaS har nått målet och har slutfört löneöversyn 2014 för samtliga yrkeskategorier vilket innebär att utbetalning av ny lön kommer att ske i samband med april månads löneutbetalning.

Ekonomi och resultat

Resultatet för perioden jan-mars är - 7,1 miljoner kronor och för mars uppgår resultatet till - 1,4 miljoner kronor. I förhållande till budget, där eget kapital får användas upp till 14 miljoner kronor, är avvikelsen för perioden - 3,6 miljoner kronor. Bruttokostnadsförändringen rullande tolv månader uppgår till + 4,1 procent. För perioden är ökningen + 5,6 procent.

Orsaker till det negativa resultatet är främst att vårdintäkterna inte når budgetnivå. Förklaring till detta är färre prestationer inom både öppen- och slutenvård. Färre vårdtillfällen i slutenvård beror till viss del på att vårdplatser inte kunnat hållas öppna på grund av brist på sjuksköterskor. Färre öppenvårdsbesök kommer av ändrat arbetssätt men även kompetensbrist inom några specialiteter.

Personalkostnadsökningen uppgår till 6,4 procent och utgörs av främst fyra faktorer, lönerevision 2013, ökad personalvolym, höjning av sociala avgifter och en ökad kostnad för bemanningsföretag. Total personalkostnad för de första tre månaderna är i balans med budget.

Genom de kontinuerliga effektiviseringsåtgärder som pågår bedöms att sjukhuset kan uppnå en ekonomi i balans med budget för 2014. Helårsprognosen blir därmed - 14,0 miljoner kronor.

Utveckling och åtgärder

Åtgärder pågår inom samtliga verksamheter för att genomföra framtagna handlingsplaner för 2014. Totalt uppgår den bedömda effekten av handlingsplanerna till 26,1 miljoner kronor varav 9,9 miljoner kronor avser lokaleffektiviseringar. Större delen av åtgärderna bedöms få effekt från kvartal två och framåt. Uppföljningen hittills visar på genomförda kostnadsreduceringar 2014 på 2,0 miljoner kronor varav merparten avser lokaleffektiviseringar.

Beslutsärende 2

Uppdrag produktionsstyrning.
SkaS 84-2014

Tjänsteutlåtande

Datum 2014-04-11

SkaS 84-2014

Sjukhuskansliet

Handläggare: Eva Sundström

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Uppdrag produktionsstyrning Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. En beskrivning görs av hur nuvarande verksamhet ska förändras för att möta uppdraget.
2. En konsekvensbeskrivning görs för övriga verksamheter och funktioner om hur de påverkas av uppdraget.
3. En tidplan tas fram för genomförande av uppdraget.
4. Ett förslag tas fram för införandeorganisation och införandebudget.
5. Avrapportering sker löpande i samband med delårsrapport och årsredovisning.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen fattade den 10 december 2013 beslut om regiongemensam produktionsstyrning (RS 2071-2012). Beslutet är ett led i att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten och ge invånarna i Västra Götaland en likvärdig och jämlik vård, i enlighet med målbilden i "Framtidens hälso- och sjukvård". Regionstyrelsen har ställt sig bakom de principiella utgångspunkterna som redovisas i Valentingruppens rapport om regiongemensam produktionsstyrning. Regionstyrelsen har också ställt sig bakom inriktningen i förslagen som beskrivs i tjänsteutlåtandet kopplat till rapporten.

Utdrag ur regionstyrelsens beslut § 295, 2013-12-10:

"Regionstyrelsen uppdrar åt sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna att i delårsrapporteringen 2014 till regionstyrelsen redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att genomföra arbetsgruppens förslag".

"Regionstyrelsen uppdrar åt sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna att i vårdöverenskommelsen för 2015 och framåt verka för att genomföra den föreslagna fördelningen av volymer till angivna utbudspunkter inom ortopedi och kirurgi".

För att nå den beslutade målbilden 2020 ska uppdragstagaren påbörja arbetet för att klara det beskrivna uppdraget inom ledproteskirurgi, ryggkirurgi, obesitaskirurgi, kataraktkirurgi, rektalcancerkirurgi, ventrikeltumor kirurgi samt dagkirurgisk verksamhet. Uppdragstagaren ska också säkerställa att de operationer som ska flyttas till andra sjukhus avvecklas inom den egna förvaltningen.

Utifrån regionstyrelsens beslut har förvaltningschefen på Skaraborgs Sjukhus fått uppdraget att starta ett genomförande utifrån den föreslagna fördelningen av volymer till angivna utbudspunkter inom ortopedi och kirurgi. (RS 2071-2012, 2014-01-12).

En beskrivning av uppdragen har tagits fram och omfattar följande delar:

Uppdrag 1: Total höftprotes- och knäledsplastik

Uppdrag 2: Ryggkirurgi

Uppdrag 3: Axelproteskirurgi

Uppdrag 4: Kataraktkirurgi

Uppdrag 6: Obesitaskirurgi

Uppdrag 7: Rektalcancer

Uppdrag 8: Ventrikelcancer



Uppdragshandling
Datum 2014-01-23
Diarienummer RS 2071-2012

Regionkansliet
Programkontoret

SKARABORGS SJUKHUS	
2014-02-17	
Dr	Skas 84-2014
Enhet	Handl. Wa Sundström

Kopia:
huvudgrupp
Presidium Skas

Uppdragshandling: Produktionsstyrning till Skaraborgs Sjukhus

Bakgrund

Vid sitt möte den 10 december 2013 fattade Regionstyrelsen beslut om Regiongemensam produktionsstyrning (RS 2071-2012). Beslutet är ett led i att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten och ge invånarna i Västra Götaland en likvärdig och jämlik vård, i enlighet med målbilden i "Framtidens hälso- och sjukvård".

Bakgrunden till beslutet är att möta en utveckling som innebär att vi blir allt fler invånare i Västra Götaland samtidigt som vi blir allt äldre och kommer att behöva mer vård. Samtidigt måste de gemensamma resurserna räcka till alla.

Beslutet innebär dels regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosområden, dels förslag angående utveckling av sjukhusvården i Göteborgsområdet. I ett särskilt ärende till regionstyrelsen i december 2013 har också beslutats om tillgänglighetssatsningar för 2014 (RS 1792-2013). Inriktningen på detta är i linje med förslaget om produktionsstyrning.

Efter regionstyrelsens beslut behöver nu ett antal aktiviteter starta. Flera av dessa kommer att avrapporteras under våren 2014, medan andra kommer att rapporteras i november 2014.

Allmänt gäller följande förutsättningar:

1. Regionstyrelsens beslut är inriktning och utgångspunkt för fortsatt arbete.
2. Arbetet bedrivs stegvis. Beslut om delförslag eller delområde kan fattas efterhand om det är lämpligt.
3. Arbetet ska starta snarast.
4. Koncernledningen hälso- och sjukvård fastställer såväl tider för leverans som tidpunkter för delrapporter till koncernledning och RS/utskott.
5. Facklig samverkan ska säkerställas.
6. Uppdragstagaren ansvarar för att berörda intressenter, i första hand medarbetare samt politiker i nämnder och styrelser, har/får den information och kunskap de behöver för att intentionerna ska kunna uppnås/förändringen ska kunna genomföras.
7. Utsedda arbetsgrupper ska ha en bred kompetens med relevant representation från ägare, utförare och beställare.
8. För varje deluppdrag ska en uppdragshandling utarbetas.

Handl.
Jan Carlsson

9. I uppdragen ska viktiga aspekter beaktas, till exempel
- Medarbetarperspektivet
 - FoUU
 - Informations- och kommunikationsfrågor
 - Uppföljning av genomförandet

10. En projektplan ska tas fram.

För mer detaljerad bakgrund se TU "Regiongemensam produktionsstyrning" 2013-11-27.

Uppdrag

Regionstyrelsen har beslutat:

"Regionstyrelsen ställer sig bakom de principiella utgångspunkterna som redovisas i rapporten om regiongemensam produktionsstyrning.

Regionstyrelsen ställer sig bakom inriktningen i förslagen som beskrivs i rapporten och tjänsteutlåtandet.

Regionstyrelsen uppdrar åt sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna att i delårsrapporteringen 2014 till regionstyrelsen redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att genomföra arbetsgruppens förslag.

Regionstyrelsen uppdrar åt sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna att i vårdöverenskommelser 2015 och framåt verka för att genomföra den föreslagna fördelningen av volymer till angivna utbudspunkter inom ortopedi och kirurgi."

För att nå den beslutade målbilden 2020 ska uppdragstagaren påbörja arbetet för att klara det beskrivna uppdraget inom ledproteskirurgi, ryggkirurgi, obesitaskirurgi, kataraktkirurgi, rektalcancerkirurgi samt dagkirurgisk verksamhet. Uppdragstagaren ska också säkerställa att de operationer som ska flyttas till andra sjukhus avvecklas inom den egna förvaltningen.

Uppdragstagare

Uppdragstagare är förvaltningschefen vid Skaraborgs Sjukhus.

Arbetsformer

Styrande grupp för uppdraget är Koncernledning hälso- och sjukvård. Programkontoret har uppdraget att koordinera det samlade arbetet med regiongemensam produktionsstyrning.

Regiondirektören rapporterar löpande till regionstyrelsens fackliga MBL-grupp.

Uppdragstagaren ska därutöver säkerställa lokal facklig samverkan inom den egna förvaltningen

En mer övergripande beskrivning av arbetsformer finns i "Organisering med mera av uppdragen från RS om produktionsstyrning".

Tidplan och uppföljning

Uppdraget ska bidra till att säkerställa att den beslutade målbilden nås 2020.

Arbetet och tidplan skall redovisas i delårsrapporten till regionstyrelsen 2014.

Återrapportering sker fortlöpande till såväl Koncernledning hälso- och sjukvård som regionstyrelsen och dess utskott.



Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Protokoll från regionstyrelsen, 2013-12-10


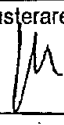
§ 295

Regiongemensam produktionsstyrning

Diarienummer RS 2071-2012

Beslut

1. Regionstyrelsen ställer sig bakom de principiella utgångspunkterna som redovisas i rapporten om regiongemensam produktionsstyrning.
2. Regionstyrelsen ställer sig bakom inriktningen i förslagen som beskrivs i rapporten och tjänsteutlåtandet.
3. Sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna får uppdraget att i delårsrapporteringen 2014 till regionstyrelsen redovisa vilka åtgärder som vidtagits för att genomföra arbetsgruppens förslag.
4. Sjukhusstyrelserna och hälso- och sjukvårdsnämnderna får uppdraget att i vårdöverenskommelser 2015 och framåt verka för att genomföra den föreslagna fördelningen av volymer till angivna utbudspunkter inom ortopedi och kirurgi.
5. Regiondirektören får uppdraget att koordinera det samlade arbetet med regiongemensam produktionsstyrning och löpande rapportera till regionstyrelsen.
6. Regionstyrelsen ställer sig bakom inriktningen att etablera fem dagkirurgiska centra och uppdrar åt regiondirektören att senast maj 2014
 - a. återkomma med precisering av innehåll samt en genomförandeplan för etablerandet av fem dagkirurgiska centra,
 - b. återkomma med förslag om lokalisering av två föreslagna dagkirurgiska centra i Göteborgsområdet (Göteborg 1 och Göteborg 2).
7. Regiondirektören får uppdraget att senast i november 2014 utifrån förslaget i rapporten om regional produktionsstyrning återkomma med förslag om lokalisering mm av kataraktsjukvården i Göteborg.
8. Regiondirektören får uppdraget att senast november 2014 återkomma med preciserat förslag angående hur Kungälv's sjukhus ökade roll och uppgift inom akutsjukvården i Göteborgsområdet ska utformas.
9. Regiondirektören får uppdraget att senast maj 2014 återkomma med förslag till inriktning för verksamheterna vid Frölunda Specialistsjukhus och Capio Lundby sjukhus som underlag för investeringsprocessen och som svar på skrivelser från hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg, Hisingen respektive styrelsen för Frölunda Specialistsjukhus.

Justerare: 	Justerare: 		Rätt utdraget Intygar:
---	---	--	------------------------

Protokoll från regionstyrelsen, 2013-12-10

10. Fastighetsnämnden får uppdraget att komplettera genomförd inventering av regionens samlade operationssalsresurser med analys av behovet av renoveringar, moderniseringar och investeringar. Resultatet ska redovisas senast i mars 2014.
11. Regiondirektören får uppdraget att senast november 2014 återkomma med preciserat innehåll, omfattning och lokalisering av "närsjukvårdscentra" i Göteborgsområdet.
12. Hälso- och sjukvårdsutskottet får uppdraget att inför en ny Krav- och kvalitetsbok för VG Primärvård från och med 2015 utreda och överväga förändringar av primärvårdens jourverksamhet i syfte att styra lokalisering av jourverksamheten.
13. Regiondirektören får uppdraget att i samband med delårsbokslutet i augusti 2014 återkomma med en första uppföljning av arbetet.
14. Regiondirektören får uppdraget att senast i maj 2014 återkomma med en analys av förutsättningarna att handla upp delar av det beskrivna uppdraget enligt ovan.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen har tagit fram en rapport om regiongemensam produktionsstyrning. Bakgrunden till förslagen i rapporten är att möta en utveckling som innebär att vi blir allt fler invånare i Västra Götaland samtidigt som vi blir allt äldre och kommer att behöva mer vård. Samtidigt måste de gemensamma resurserna räcka till alla. Förslaget om regiongemensam produktionsstyrning är ett led i att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten och ge invånarna i Västra Götaland en likvärdig och jämlik vård, i enlighet med målbilden i "Framtidens hälso- och sjukvård".

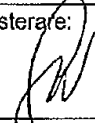
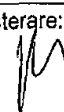
De principiella utgångspunkterna för rapporten och framtagna förslag är

- Arbetsfördelningen mellan sjukhusen som anges i "Nivågrupperingen av de tio mindre sjukhusen".
- Kvalitets- och patientperspektivet ska vara vägledande.
- Alla sjukhus ska finnas kvar men verksamhetsinnehållet kan förändras.
- Den vård invånarna behöver ofta skall finnas nära.
- Den vård man behöver mer sällan kan koncentreras för högsta möjliga kvalitet och resurseffektivitet. Det kan innebära att patienterna kan behöva resa lite längre för att få vård.
- Helhetssyn - samtliga sjukhus är en resurs för hela regionen.

Rapporten innehåller dels förslag om regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosområden, dels förslag angående utveckling av sjukhusvården i Göteborgsområdet.

Beredning

Förhandling enligt MBL § 11 har avslutats i enighet med arbetsgivarens förslag den 6 december 2013.

Justerare: 	Justerare: 		Rätt utdraget intygar:
---	---	--	------------------------

Protokoll från regionstyrelsen, 2013-12-10

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande 2013-11-27

Yrkanden på sammanträdet

Gert-Inge Andersson (S) yrkar följande tillägg, se bilaga § 295 a:

- Regiondirektören får uppdraget att i samband med delårsbokslutet i augusti 2014 återkomma med en första uppföljning av arbetet.

Johnny Magnusson (M) yrkar följande tillägg, se bilaga § 295 b:

- Regiondirektören får uppdraget att senast i maj 2014 återkomma med en analys av förutsättningarna att handla upp delar av det beskrivna uppdraget enligt ovan.
- Regionstyrelsen bifaller i övrigt liggande förslag.

Beslutsgång

Ordföranden ställer proposition på liggande förslag och finner det bifallet.

Ordföranden ställer därefter proposition på sitt tilläggsyrkande och finner det bifallet.

Ordföranden ställer slutligen proposition på Johnny Magnussons tilläggsyrkande och finner det bifallet.

Skickas till

Ann Söderström

Boris Ståhl

Jan Carlström

Regionkansliets avdelningschefer

Samtliga sjukhusstyrelser

Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder


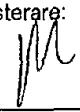
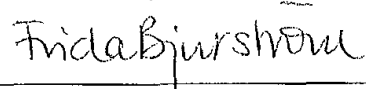
Styrelsen för beställd primärvård

Primärvårdsstyrelsen

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Fastighetsnämnden (p.10)

} + TU
/2013-12-18 FB

Justerare: 	Justerare: 	Rätt utdraget intygar: 
---	---	--



YRKANDE

Socialdemokraterna, Miljöpartiet och Vänsterpartiet i Västra Götalandsregionen

Datum 2013-12-10
Diarienummer RS 2071-2012

Till Regionstyrelsen

Regiongemensam produktionsstyrning

Det pågående arbetet med en gemensam produktionsplanering/styrning inom hälso- och sjukvården och regionens sjukhus är en viktig del av det omställningsarbete som behöver bedrivas för en mer effektiv användning av regionens samlade resurser och kompetenser. Detta i syfte att bibehålla en hög kvalitet, säkerhet och trygghet för patienterna. Vid regionstyrelsens sammanträde den 10 december behandlas förslag till regiongemensam produktionsstyrning. Från den politiska ledningen vill vi betona vikten av fortlöpande uppföljning av arbetet under processens gång.

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslås besluta

- Att ge regiondirektören i uppdrag att i samband med delårsbokslutet i augusti 2014 återkomma med en första uppföljning av arbetet.

Gert-Inge Andersson(s)

Birgitta Losman(mp)

Sören Kviberg(v)

TILLÄGGSYRKANDE

Regionstyrelsen 2013-12-10
Ärende 7
Dnr: 2071-2012

Regiongemensam produktionsstyrning

Förslaget till regiongemensam produktionsstyrning innehåller bra förslag i syfte att höja kvaliteten på hälso- och sjukvården genom att bland annat koncentrera vissa ingrepp till färre sjukhus och på färre operatörer. Likaså välkomnar vi ansatsen att se till hela Västra Götaland och hela dess befolkning när kapaciteten vid olika sjukhus ska stakas ut för framtiden, och målsättningen att långsiktigt ha en produktionskapacitet som motsvarar befolkningens behov av vård inom de nu belysta områdena.

Vissa åtgärder, som att koncentrera viss mer sällan förekommande kirurgi med små volymer till färre utbudspunkter, bör genomföras snarast möjligt. Andra åtgärder har ett mer långsiktigt perspektiv med sikte på en utveckling mot år 2020, och där regiondirektören också föreslås få ett fortsatt uppdrag att utreda vissa förutsättningar innan vidare beslut kan fattas.

Ärendet om regiongemensam produktionsplanering har dock en ansats om att i princip utföra samtliga, i ärendet beskrivna, ingrepp i egen regi. Vi är tveksamma till om det är önskvärt eller ens är möjligt för Västra Götalandsregionen att i egen regi bygga upp en kapacitet för att klara hela det beskrivna åtagandet inom ryggkirurgi, höft- och knäledsplastiker, kataraktkirurgi och den dagkirurgiska verksamheten.

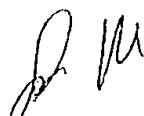
I den fortsatta processen anser vi det önskvärt att göra en analys av förutsättningarna att långsiktigt lägga ut delar av det beskrivna uppdraget, inklusive besöksverksamhet, på alternativa vårdgivare, i syfte att skapa ett långsiktigt samarbete med externa leverantörer som samtidigt åtar sig ett utbildningsansvar inom sina områden. Fördelarna med att delar av de beskrivna uppdragen läggs ut på alternativa vårdgivare är att regionen blir mindre sårbar vid störningar i den egna verksamheten, ökar sin flexibilitet vid mer tillfälliga belastningar och får en tydlig jämförelsepart vad gäller kostnader och kvalitet för den bedrivna sjukvården.

Regiondirektören föreslås därför få i uppdrag att till i maj 2014 återkomma med fördelar, nackdelar och konsekvenser av att ryggoperationer handlas upp i Göteborgsområdet, att en större utbudspunkt för höft- och knäledsplastikoperationer handlas upp i Göteborgsområdet och att även den planerade högvolymsenheten för kataraktoperationer handlas upp.

Vidare föreslås att regiondirektören överväger för- och nackdelarna med tre istället för två dagkirurgiska centra i Göteborgsområdet, där minst ett av dessa handlas upp.


Förslag till beslut
Regionstyrelsen beslutar följande

1. Regionstyrelsen uppdrar åt regiondirektören att senast i maj 2014 återkomma med en analys av förutsättningarna att handla upp delar av det beskrivna uppdraget enligt ovan.
2. Regionstyrelsen bifaller i övrigt det föreliggande förslaget till beslut.



Vänersborg 2013-12-09

Johnny Magnusson (M)
Jonas Andersson (FP)
Kristina Jonäng (C)
Conny Brännberg (KD)

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'P' followed by a 'U'.

Beslutsärende 3

Hyreskompensation 2015.
SkaS 214-2013

Tjänsteutlåtande

Datum 2014-04-08

Diarienummer SkaS 214-2013

Ekonomifunktionen

Handläggare: Åsa Ranbro

Telefon: 0500-43 10 42

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Hyreskompensation 2015

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus hemställer om ersättning för hyreskompensation motsvarande budget 2014.

Sammanfattning

En ny internhyresmodell har utarbetats och implementerats under 2013 i Västra Götalandsregionen. Den nya modellen har resulterat i att Skaraborgs Sjukhus med flera förvaltningar fått förhöjda internhyror. Regionstyrelsen har tidigare fattat beslut om att avsätta totalt 60 mnkr, varav Skaraborgs Sjukhus erhåller 40 mnkr i finansieringsmedel för 2013 och 2014 (27 mnkr för 2013 och 13 mnkr för 2014) med syfte att under en övergångsperiod subventionera för de ökade kostnaderna.

Regionfullmäktige har i budget för 2014 beslutat om ytterligare tillskott om 20 mnkr för 2014. Fördelningen av dessa medel görs enligt principen att berörda förvaltningar får ytterligare finansiering motsvarande 35 procent av förhöjd hyreskostnad, varav SkaS erhåller 14 mnkr.

Vid möte med regionledningen i september 2013 beslutades att Skaraborgs Sjukhus ska erhålla 14 miljoner kronor i permanent ersättning som kompensation för ökade kostnader till följd av den införda internhyresmodellen.

Skickas till
regionstyrelsen@vgregion.se

Beslutsärende 4

Remissvar

Förslag till policy för Västra Götalandsregionens
arbete med mänskliga rättigheter.

SkaS 87-2014

Tjänsteutlåtande

Datum 2014-04-09

Diarienummer

SkaS 214-2013

RS 1436-2014

Sjukhuskansliet

Handläggare: Madelène Schöldberg

Telefon: 0500-43 10 42

E-post: madelene.scholdberg@vgregion.se

Remiss - Förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter

Förslag till beslut

1. SkaS styrelse ställer sig bakom förslaget till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter.

Sammanfattning av ärendet

SkaS styrelse ställer sig bakom förslaget till policy. Inom förvaltningen utgår arbetet med mänskliga rättigheter utifrån allas rätt till god och jämlik vård. Ingen vårdtagare ska känna sig diskriminerad eller kränkt utifrån ålder, kön, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning

Ett led i detta arbete är det inriktningsbeslut om personcentrerad omvårdnad närmre patienten som förvaltningen antagit. Förhoppningen är att denna inriktning ska leda till ökad patientupplevd delaktighet och trygghet. SkaS styrelse menar att det därigenom skapas förutsättningar för att ta tillvara individens mänskliga rättigheter i en utsatt situation som patient genom ökad delaktighet och medbestämmande i frågor som rör den egna vården.

Beslut skickas till

regionstyrelsen@vgregion.se

Remissvar

Datum 2014-04-24

Diarienummer

SkaS 87-2014

RS 1436-2014

Regionstyrelsen

regionstyrelsen@vgregion.se

Remissvar - Förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter RS 1436-2014

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har beretts möjlighet att lämna remissvar på förslaget till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter.

SkaS styrelse vill inledningsvis ställa sig bakom förslaget till policy. Inom förvaltningen utgår arbetet med mänskliga rättigheter utifrån allas rätt till god och jämlik vård. Ingen vårdtagare ska känna sig diskriminerad eller kränkt utifrån ålder, kön, funktionsnedsättning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Ett led i detta arbete är det inriktningsbeslut om personcentrerad omvårdnad närmre patienten som förvaltningen antagit. Syftet är att en gemensam värdegrund och vårdfilosofi ska bidra till mer personcentrerad vård vid planering av patientens vård. Det betyder ett arbetsätt där omvårdnadspersonalen är närvarande och fokuserade på mötet med patienten, där patient och närstående erbjuds delaktighet i omvårdnaden i så stor utsträckning som de önskar och där omvårdnadsarbetet bedrivs proaktivt istället för reaktivt så långt som möjligt. Förhoppningen är att denna inriktning ska leda till ökad patientupplevd delaktighet och trygghet. SkaS styrelse menar att det därigenom skapas förutsättningar för att ta tillvara individens mänskliga rättigheter i en utsatt situation som patient genom ökad delaktighet och medbestämmande i frågor som rör den egna vården.

STYRELSEN FÖR SKARABORGS SJUKHUS

Susanne Larsson
ordförande

Datum 2014-02-18
Diarienummer RS 1436-2013

SKARABORGS SJUKHUS	
2014-02-19	
Dnr	SKS 872014
Enhet	Handl. Eva Sundström

Kopia:
Medlen Schödt 2014

Enligt remisslista

Remiss - Förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter

Kommittén för rättighetsfrågor har uppdraget att stödja och utveckla ett systematiskt arbete för mänskliga rättigheter i Västra Götalandsregionen. Kommittén ska motverka diskriminering och uppmärksamma brister i samhället som gör att grupper med svagt skydd blir utsatta, och på så sätt främja människors möjligheter att få sina rättigheter tillgodosedda på lika villkor.

Kommittén har nu tagit fram ett förslag till policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter. Policyn syftar till att stärka Västra Götalandsregionens kapacitet att respektera, skydda, uppfylla och bevaka hur de mänskliga rättigheterna efterlevs. Policyn ska vara en ram för de handlingsplaner och strategier som ytterligare konkretiserar arbetet med de mänskliga rättigheterna. Förtroendevalda och chefer i Västra Götalandsregionen ansvarar för att efterleva policyn. Policyn består av sex principer för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter med förklaringar.

Policyn har arbetats fram genom dialoger med organisationer och nätverk inom barnrätt, jämställdhet, nationella minoriteter och funktionshinder, samt föreningar som övergripande verkar för mänskliga rättigheter under våren 2013. Syntesworkshop med deltagare från dialogerna, tjänstepersoner vid rättighetskommitténs kansli och förtroendevalda från kommittén för rättighetsfrågor, hölls i maj 2013 där deltagarna prioriterade förslagen från dialogerna.

Policyn översänds för synpunkter till utvalda remissinstanser. Västra Götalandsregionens nämnder, styrelser, kommittéer och bolag ombeds att ge sina synpunkter på förslaget till policy då dessa verksamheter ansvarar för policyns förverkligande. Idéburen sektor har stor kunskap om mänskliga rättigheter och består till stor del av rättighetsbärare i Västra Götaland, av den anledningen önskar rättighetskommittén få ta del av synpunkter på förslaget från föreningar inom den idéburna sektorn. Kommunalförbunden ombeds att ge sina synpunkter på förslaget då rättighetskommittén menar att det för individens bästa är nödvändigt med ett flernivåsamarbete kring mänskliga rättigheter.

Yttranden lämnas till regionstyrelsen@vgregion.se senast den 2 juni 2014.

2014-02-18

2 (2)

Vid frågor om policyn, vänligen kontakta: Emma Broberg, rättighetskommitténs kansli, telefon: 0768-091954, Epost: emma.broberg@vgregion.se

Efter remissomgången är avsikten att policy ska fastställas av regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen.

Enligt uppdrag

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Elisabet Ericson', with a stylized, flowing script.

Elisabet Ericson
Kanslichef

Policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter

Grundtanken i de mänskliga rättigheterna är att alla människor är födda fria och lika i värde, värdighet och rättigheter. Alla människor utan åtskillnad äger de mänskliga rättigheterna i egenskap av att vara människa. Det innebär ett ansvar för varje stat att respektera, skydda, uppfylla och bevaka arbetet med de mänskliga rättigheterna.

Centrala begrepp i arbetet med mänskliga rättigheter är **rättighetsbärare** och **skyldighetsbärare**. Individen som äger rättigheten kallas för rättighetsbärare. Den/de som är skyldig att se till att rättighetsbäraren får sina rättigheter tillgodosedda kallas för skyldighetsbärare.

I denna policy är rättighetsbärarna alla som bor, arbetar eller vistas i Västra Götaland, och som därmed möter och påverkas av Västra Götalandsregionens verksamheter. Skyldighetsbärare i den här policyn är Västra Götalandsregionen i sin roll som verksamhetsutövare, arbetsgivare och som arena för demokrati.

Västra Götalandsregionens förtroendevalda och medarbetare ansvarar därmed för att omsätta mänskliga rättigheter i praktisk handling.

Syfte

Policyn för mänskliga rättigheter ska stärka Västra Götalandsregionens kapacitet att respektera, skydda, uppfylla och bevaka hur de mänskliga rättigheterna efterlevs. Policyn ska vara en ram för de handlingsplaner och strategier som ytterligare konkretiserar arbetet med de mänskliga rättigheterna i Västra Götalandsregionens verksamheter. Rättighetsbärarna ska känna sig trygga i att deras mänskliga rättigheter tillgodoses och blir respekterade. På samma sätt ska förtroendevalda och medarbetare känna trygghet i att kunna leva upp till de krav som Västra Götalandsregionen har som skyldighetsbärare.

Ansvar och genomförande

Förtroendevalda och chefer i Västra Götalandsregionen ansvarar för att efterleva policyn. Policyn konkretiseras genom handlingsplaner och strategier.

Principer för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter

De mänskliga rättigheterna, med utgångspunkt i de internationella konventioner som antagits av Sverige, är grunden för Västra Götalandsregionens arbete ¹. Principerna nedan styr hur arbetet bedrivs och prioriteras i Västra Götalandsregionen, både i mötet med rättighetsbäraren och i planering och beslut:

1. Individens mänskliga rättigheter är i centrum för Västra Götalandsregionens arbete.
2. Individen har rätt till delaktighet och medbestämmande i frågor som berör den egna situationen.
3. Individen ges kunskap om sina rättigheter och hur de kan tas i anspråk.
4. Allt arbete inom Västra Götalandsregionen sker utifrån icke-diskriminering och främjar jämlikhet.
5. De mänskliga rättigheterna och det ansvar som Västra Götalandsregionen har som skyldighetsbärare är väl känt hos Västra Götalandsregionens förtroendevalda och medarbetare.
6. Arbetet med mänskliga rättigheter följs upp systematiskt.

Förklaringar till principerna

1. Det här innebär att individen i mötet med Västra Götalandsregionen äger rätten att själv identifiera sig vad gäller kön, könsidentitet, sexualitet, etnicitet, funktionsförmåga, religion/trosuppfattning. Individen äger också själv rätten att avgöra vilka personer som är närmast anhöriga. I de fall individen har ställföreträdare ² ska Västra Götalandsregionens medarbetare sträva efter att involvera både individen och ställföreträdaren.
2. Det här innebär att Västra Götalandsregionen ska erbjuda individer, grupper, organisationer och föreningar delaktighet och medbestämmande i frågor som berör den egna situationen. Delaktighet och medbestämmande ska ske både informellt och formellt, dels i mötet med individen, dels genom samråd, dialogprocesser och med referensgrupper. Individen ska kunna framföra sin åsikt till relevant instans och veta att åsikten respekteras och övervägs. Detta förutsätter kommunikation anpassad till individen och dennes förutsättningar.
3. Det här innebär att Västra Götalandsregionen ska informera rättighetsbärarna om vad de har rätt till inom Västra Götalandsregionens verksamheter. Västra Götalandsregionen ska också ge individen information om vart det går att vända sig om rättigheterna inte

¹ De internationella konventioner om mänskliga rättigheter som Sverige har antagit är: Europeiska konventionen för skydd av de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, konventionen mot rasdiskriminering, konventionen mot diskriminering av kvinnor, konventionen mot tortyr och annan kränkande behandling, konventionen om barnets rättigheter, konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

² Med ställföreträdare avses god man, förmyndare, vårdnadshavare. Källa: www.lagen.nu

efterlevs. Informationen ska anpassas för att nå samtliga individer. Alla beslut kännetecknas av öppenhet och tydlighet.

4. Det här innebär att de mänskliga rättigheterna gäller för alla och extra insatser måste ibland vidtas för grupper och individer med svagt skydd. Som utgångspunkt för Västra Götalandsregionens arbete är diskrimineringslagstiftningens sju diskrimineringsgrunder: etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, kön, sexuell läggning, funktionshinder, ålder, könsöverskridande identitet eller uttryck, och hur dessa samverkar. Även socioekonomisk status och utbildningsbakgrund påverkar förutsättningarna att få de mänskliga rättigheterna tillgodosedda.
5. Det här innebär att de beslut som fattas, planering och budgetering av verksamheter, prioriteringar som görs och det bemötande som individen får genomsyras av de mänskliga rättigheterna. Individen ska mötas av kunnig och kompetent personal, som har god kännedom om de mänskliga rättigheterna.
6. Det här innebär att de handlingsplaner och strategier som är knutna till policyn ska ha konkreta, mätbara och tidsbestämda mål. Effekten av arbetet med mänskliga rättigheter kommer att följas upp gentemot samhällets individer, grupper och föreningar.

Process och beslut

Processen med att ta fram policyns innehåll har bestått av dialog med organisationer och nätverk inom barnrätt, jämställdhet, nationella minoriteter och funktionshinder, och föreningar som övergripande verkar för mänskliga rättigheter. Remissrunda såväl internt i regionen, som externt till civilsamhället har genomförts och förankrat policyn. Efter genomförd remissrunda har policyn godkänts i regionstyrelsen och regionfullmäktige (datum för beslut i RS och RF).

Protokoll från kommittén för rättighetsfrågor, 2014-01-30

§ 4

Justerad MR-policy och remissinstanser

Diarienummer RHK 55-2013

Beslut

1. Kommittén för rättighetsfrågor beslutar anta förslag till justerad MR-policy och remissinstanser
2. Kommittén för rättighetsfrågor uppdrar åt regionkansliet att sända förslaget till MR-policy på remiss enligt remisslista, 3/3-2/6.

Sammanfattning av ärendet



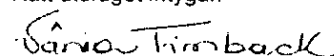
I samband med Kommittén för rättighetsfrågor beslut att uppdra åt regionkansliet att sända ut förslaget till MR-policy på remiss (2013-09-19, § 45) har frågor lämnats till rättighetskommitténs kansli från ärendeberedningsgruppen. Med anledning av detta föreslår kansliet två justeringar i MR-policyn i förhållande till det fattade beslutet:

1. I stycket "Ansvar och genomförande" utgår texten om stödverksamheter som finns i regionen för att förverkliga policyn
2. I stycket "Förklaringar till principerna" – nr 3 ändras meningen "Västra Götalandsregionen ska också ge individen information om hur överklagan kan ske om rättigheterna inte efterlevs" till "Västra Götalandsregionen ska också ge individen information om vart det går att vända sig om rättigheterna inte efterlevs".

Förslag till remissinstanser har justerats, då vissa föreningar upphört och ytterligare förslag tillkommit.

Skickas till

Regionkansliet elisabet.ericson@vgregion.se

Justerare: 	Justerare: 	Rätt utdraget intygar: 
---	---	---



Protokoll från kommittén för rättighetsfrågor, 2014-01-30

Protokoll

Protokoll från kommittén för rättighetsfrågor den 30 januari 2014

Tid: kl. 9:30–14:30

Plats: Scandic Crown i Göteborg

Närvarande

Beslutande

Tord Karlsson (S), ordförande

Kristina Grapenholm (FP), vice-ordförande

Lars Åke Carlsson (M)

Laila Neck (S)

Gunilla Lindell (KD)

Kristina Körnung (MP)

Stig-Olov Tingbratt (C), ersätter Linda Arnströmer (M)

Agneta Stroh (S), ersätter Elise Norberg (V)

Ersättare

Agneta Stroh (S)

Stig-Olov Tingbratt (C)

Justerare

Kristina Grapenholm (FP)

Datum och ort för justering

Den 10 februari 2014 i Göteborg

Sekreterare:

Vania Timback

Vania Timback

Ordförande:

Tord Karlsson

Tord Karlsson

Justerare:

Kristina Grapenholm

Kristina Grapenholm

Justerare: <i>TK</i>	Justerare: <i>KG</i>	Rätt utdraget intygar: <i>Vania Timback</i>
-------------------------	-------------------------	--

Protokoll från kommittén för rättighetsfrågor, 2014-01-30

Övriga närvarande

Jenny Eriksson, MR-piloterna, kl.9:30–10:30

Malin Fryknäs, MR-piloterna, kl.9:30–10:30

Håkan Eriksson, praktikant, kl.9:30–12:15

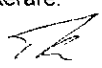

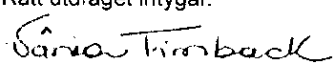
Annika Ottosson (förvaltningschef) kl. 9:30–15:30

Emma Broberg (MR-strateg inriktning barnrätt) kl. 9:30–12:15

Jan Terneby (MR-strateg inriktning forskning och utveckling, äldre) kl. 9:30–12:15

Åsa Olsson (MR-strateg inriktning funktionshinderfrågor) kl. 9:30–12:15

Vania Timback (kommittésekreterare och MR-strateg) kl.9:15–15:30

Justerare: 	Justerare: 	Rätt utdraget intygar: 
---	---	---

Protokoll från kommittén för rättighetsfrågor, 2014-01-30

Anslag/bevis

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

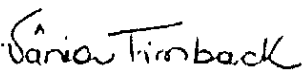
Kommittén för rättighetsfrågor

Sammanträdesdatum: 2014-01-30



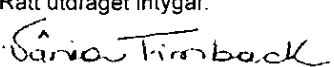
Datum när anslag sätts upp: 2014-02-10

Datum när anslag tas ned: 2014-03-03

Förvaringsplats för protokollet: Regionens Hus, Gatadress, Ort

Underskrift: 

Vania Timback

Justerare: 	Justerare: 	Rätt utdraget intygar: 
---	---	---

Förslag till remissinstanser för Policy för Västra Götalandsregionens arbete med mänskliga rättigheter

Västra Götalandsregionen

Samtliga nämnder, styrelser, kommittéer och bolag enligt regionkansliets förteckning.

Kommunalförbund

Boråsregionen/Sjuhärads Kommunalförbund

Dalslandskommunernas Kommunalförbund

Fyrbodals Kommunalförbund

Göteborgsregionens Kommunalförbund

Skaraborgs Kommunalförbund

Idéburen sektor

Amnesty International – distrikt Göteborg

BRIS Region Väst

FN-förbundet – Göteborgs och Bohus FN-distrikt, Skaraborgs FN-distrikt, Älvsborgs FN-distrikt

FOFF - Forum för feministiska föräldrar

Föreningen Födelsehuset

Föreningen Jiddischkultur i Göteborg

Grunden

Göteborgs Räddningsmission

Göteborgs Rättighetscenter

Integrationsforum mot rasism i Trollhättan

Interfem lokalgrupp Göteborg

Interreligiösa Rådet

Judiska Föreningen i Borås

Judiska församlingen

Kulturgruppen för resandefolket

Män för jämställdhet Göteborg

Mötesplats Simone

Radionätverket

Regionala Pensionärsrådet

Resandebarns Rätt

RFSL Borås

RFSL Göteborg

RFSL Skaraborg

Romer för kulturell utveckling

Rådet för funktionshinderfrågor

Rädda Barnen Region Väst

Röda Korset Göteborgskretsen

Sameföreningen i Göteborg

SIOS Samarbetsorgan för etniska organisationer i Sverige – Regional Västra Götaland

Svarta safirer

Sverigefinska delegationen i Göteborg

Sverigefinska riksförbundet

Tornedalingar i Göteborg

Transföreningen FPES Fyrbodal

Transföreningen FPES Västra Götaland

Trollhättans finska förening

UN Women Göteborg

Unicef Göteborg

Vox Vulgo

Beslutsärende 5

Anmälning- och delegationsärenden.
SkaS 1-2014

Datum

Diarienummer

2014-04-15

SkaS 1-2014

Anmälningssärenden för tiden 2014-03-13– 2014-04-15

Lokalinvesteringsgruppen SkaS

Anteckningar från mötet den 14 april 2014.

SD-beslut

§ 1 Bidrag till sjukhuskyrkan 2014, SkaS 101-2012

SDA-beslut

§ 7 Riktlinje för lönesättning, SkaS 10-2014

§ 8 Sommarersättningar 2014, SkaS115-2014

Handlingarna finns tillgängliga under sammanträdet

Beslutsärende 6

Övriga frågor.

Informationsärende A

Patientsäkerhetsberättelse
Föredragande Ulf Nyberg



Patientsäkerhetsberättelse för Skaraborgs Sjukhus

Avseende år 2013

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	8
Riskanalys	9
Händelseanalys	10
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	11
Hantering av klagomål och synpunkter	11
Sammanställning och analys	11
Samverkan med patienter och närstående	13
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	14
Resultat	18
Övergripande mål och strategier för kommande år	24

Bilaga 1 Riskanalyser

Bilaga 2 Händelseanalyser

Bilaga 3 Patientsäkerhetsplan 2014

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. 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.

På SkaS har patientupplevda klagomål som dokumenterats i avvikelshanteringssystemet (MedControl PRO) ökat. Ökningen beror troligtvis på att medarbetare och patienter/närstående har informerats om möjligheten och uppmuntrats till att använda klagomålsdelen i avvikelssystemet. I ett flertal fall har patientberättelser använts för att ge en emotionell dimension till avvikelser och vårdskador. Bland annat har en film spelats in med en närståendes berättelse som grund. Filmen har spelats upp på en av sjukhuset anordnad patientsäkerhetsdag och på flera APT-möten och utvecklingsdagar.

De viktigaste åtgärderna som vidtogs för en förbättrad patientsäkerhet på SkaS 2013 var bland annat att skapa en gemensam modell för riskanalys avseende patientsäkerhet, arbetsmiljö och yttre miljö. Patientmedverkan i patientsäkerhetsarbetet har ökat, som exempel kan nämnas medverkan av patient i riskanalysteam inom vuxenpsykiatri och förbättringar inom barndiabetes som genomförts av föräldrar och medarbetare gemensamt.

Ett av de mest glädjande resultaten som uppnåts under året kopplat till måluppfyllelse är en minskad frekvens av tryckskada grad I-IV. Skaraborgs sjukhus ligger bland de femton bästa sjukhusen i Sverige när det gäller låg grad av tryckskador. Förbättringstakten när det gäller följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler är högre än regionen och riket, vilket är positivt. Dock finns det en del att arbeta med innan vi når upp till målet om samma eller bättre frekvens än riket.

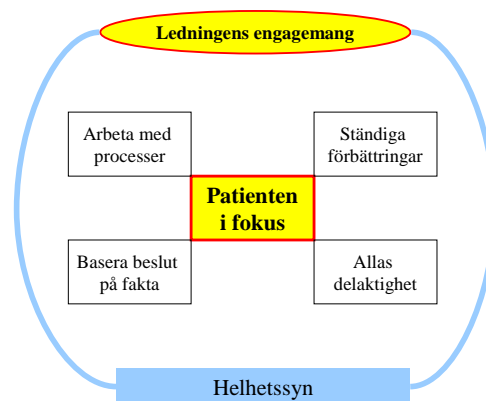
Övergripande mål och strategier

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 patient/anhörig involverade.

I SkaS ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (webbaserat) 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 Götaland regionens inriktningsmål för patientsäkerhet i "God vård", som finns beskrivna i "Handlingsprogram för God vård vid Skaraborgs sjukhus 2012-2013". 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 tillsammans med områdeschef. Daglig uppföljning och styrning sker vid ”förbättringstavlor” på enhetsnivå. Sjukhusets ledningsgrupp övervakar och följer upp det patientsäkerhetsarbete som bedrivs på sjukhuset genom utvecklingsdialoger med områdesledningar. Patientsäkerhetsarbete bedrivs såväl i linjen som i SkaS patientprocess arbete. På ledningsmöten är patientsäkerhet ofta 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 patientsäkerhet. 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 som är 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, nutitionsombud 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 är bland annat en lokal STRAMA-grupp, vårdhygienheten, 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 har under 2013 varit mera efterfrågade av verksamheterna än tidigare. Uppdragsledarna träffades regelbundet under året i ett nätverk tillsammans med chefläkarfunktionen.

Struktur för uppföljning/utvärdering

Patientsäkerhetsarbetet är kopplat till mål och strategier i sjukhusets styrkort. Målet är att alla verksamheter ska ha ett strukturerat patientsäkerhetsarbete enligt fastställd checklista. Uppföljning av patientsäkerhetsmått sker regelbundet via förbättrings- och styrtavlor på enhets-, verksamhets- och sjukhusövergripande nivå. Sjukhusledningen har haft tema patientsäkerhet vid 3 tillfällen under våren 2013. Uppföljning sker också vid regelbundna styrkortsdialoger mellan sjukhusledning och områdesledningar. 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. Resultat kopplat till patientsäkerhet länkas också till ”uppföljningsportalen” på SkaS intranät.

Vårdskador mäts på flera olika nivåer inom organisationen. På en sjukhusövergripande nivå genomförs regelbundet journalgranskning av 30 journaler/månad via metoden markörbaserad journalgranskning (MJG tidigare GTT). Resultatet av granskningarna återförs regelbundet till sjukhusets ledningsgrupp, som initierar förbättringsarbete utifrån resultatet. Under 2013 har granskningar också genomförts på verksamhetsnivå inom urologi och strokevård.

Sjukhuset deltar i nationella punktprevalensmätningar avseende trycksår, vårdrelaterade infektioner och basala hygienrutiner/klädregler. Patientsäkerhetskulturmätning sker vartannat år och genomfördes 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.

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. Resultat och analys av egenkontroll redovisas under rubriken uppföljning på patientsäkerhetswebben.

Avvikelser

Regelbunden uppföljning av avvikelser sker kontinuerligt på olika nivåer i organisationen, en avvikelsegrupp med representanter från alla områden och chefläkarfunktionen träffas regelbundet (4-5 ggr/år) för att systematiskt granska avvikelser och förbättra rutiner kring avvikelshantering.

Målgruppsundersökningar

Patientsäkerhetskulturmätning via enkät genomfördes under våren och sker regelbundet vartannat år, all personal på sjukhuset deltog (3760 enkäter), 83,1 procents 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.

Punktprevelensmätningar

Vårdrelaterade infektioner-VRI

Genomfördes två gånger, vår och höst på alla slutenvårdsenheter. Vårdhygienfunktionen ansvarade för mätningen och håller 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) totalt 36 slutenvårdsenheter och 50 öppenvårdsenheter. Chefläkarfunktionen återförde resultatet både på sjukhusövergripande nivå och per enhet till sjukhusets ledningsgrupp, till områdesledningarna samt att resultaten presenterades på patientsäkerhetswebben.

Trycksår

Mätningen genomfördes en gång under våren 2013 på alla patienter på alla slutenvårdsenheter (totalt 36 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.

Granskning av journaler och annan dokumentation mm

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:

- Sjukhusvårdstillfällen
- Vårdtillfällen äldre än 30 dagar
- Somatisk slutenvård, vårdtid > 24 timmar
- Patienter > 18 år
- Komplet 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

Infektionsverktyget/Antibiotika förskrivning

Planering för införande av Infektionsverktyget har pågått under hösten 2013. Beräknad start för användning av verktyget är januari 2014.

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.

Kvalitetsregister - Senior Alert

Skaraborgs sjukhus är anslutet till kvalitetsregistret Senior Alert. I nuläget är det tre enheter som registrerar i registret, medicin Falköping, medicin Mariestad och Närsjukvårdsteamet Lidköping. Kontaktpersoner på enheterna har fått utbildning i att plocka ut egen statistik från registret. Riskbedömningar dokumenteras kopplade till trycksår, undernäring och fallrisk. Under året har enheterna börjat registrera även munhälsa i registret. Eftersom registrering i registret innebär dubbelarbete (då samma uppgifter registreras i patientens journal) har SkaS inte valt att breddinföra ett användande av registret. Ytterligare en nackdel är att registerdata inte kan ses över organisationsgränser så som kommunernas registrering. Under 2013 har SkaS haft utbyte med kommunerna i Skaraborg och Säs angående erfarenheter av att använda kvalitetsregistret.

Implementering av kvalitetsregister inom specialistpsykiatri (fem register), där verksamheten arbetat i ett nationellt projekt i regi av SKL, i projektet har verksamheten haft patient och anhörig medverkan.

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 förvaltningsgranskas 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. Samverkan för att förebygga patientsäkerhetsrisker förekommer också strukturerat i det väl utbyggda när-sjukvårdsprocessarbetet 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 samt hantering av IT-stödet KLARA. Under året har vårdplaneringsteam etablerats med sjuksköterskor som ska stödja den samordnade vårdplaneringen vid utskrivning.

Risikanalys

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.

Risikanalyser 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 har ett flertal modeller använts på SkaS. 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 under 2013 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 större förändringar i verksamheten och/eller på befintliga patientprocesser. SkaS-modellen utgår från Socialstyrelsens modell. Den nya modellen är testad i tre analyser under 2013 och erfarenheterna av att använda modellen har varit positiva. 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.

Nätverksträffar för analysledare genomfördes vid tre tillfällen sammankallade av chefläkarfunktionen, för att reflektera och förbättra analysarbetet.

Man kan se en ökad användning av riskanalyser för att förebygga vårdskador och brister i arbetsmiljö på SkaS. Under året har arbete pågått med 16 stycken riskanalyser. Tre riskanalyser som påbörjades 2012 avslutades under 2013. Under 2013 avslutades 14 riskanalyser (Bilaga 1). Antalet riskanalyser är färre än föregående år (då arbetades med 33 stycken) men då genomfördes å andra sidan ett stort antal organisationsförändringar som föranledde analyser. 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.

Händelseanalysteamerna 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 tre tillfällen 2013 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, 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.

Skaraborgs sjukhus har under hösten 2013 börjat använda NITHA (nationellt IT-stöd för händelseanalysarbete). I dagsläget finns 10 analyser dokumenterade i NITHA varav 3 stycken har förts över till den nationella kunskapsbanken.

Under året har sjukhuset arbetat med 21 händelseanalyser (motsvarande siffra föregående år var 42 stycken) (Bilaga 2). Av dessa har 14 påbörjats under 2013. Under året avslutades totalt 15 stycken händelseanalyser, tre ärenden avsåg suicid. Anledningen till minskat antal händelseanalyser beror främst på en minskning i antalet suicid jämfört med föregående år (då var dessa 16 stycken) i dagsläget oklart varför. Målet är att handläggningstiden från uppdrag till att slutrapporten fått slutkommentar från uppdragsgivare och ärendelogg skapats inte ska överstiga 60 dagar.

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 uppmärksamats vid arbete med styr- och förbättringstavlor. Registreringarna hanteras av ansvariga chefer (ärendansvariga) 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 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 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. Då antalet medarbetare samtidigt minskat så har ändå antalet registrerade avvikelser/medarbetare ökat. Troligtvis kommer vi alltid att ha ett mörkertal när det gäller rapporterade avvikelser, avvikelssystemet är därför ingen tillförlitlig källa när det gäller antalet negativa händelser. Däremot är avvikelssystemet bra för att dokumentera enskilda avvikelser 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 de fall där patient/närstående bett om återkoppling så ges detta av ärendansvarig. 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, Socialstyrelsen, Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen.

Sammanställning och analys

Klagomål

I avvikelsehanteringssystemet har 225 patientklagomål registrerats under 2013, vilket är 85 stycken fler än 2012.

Tabell 1. Patientklagomål per område

Område Kirurgi	Område Medicin	Central stab
98	123	4

Patientklagomålen kom från 110 kvinnor, 92 män och 23 av okänt kön. De flesta handlar om vård och behandling (121 avvikelser) där man kan se en ökning jämfört med föregående år, även organisation/regler/rutiner (95 avvikelser) har ökat men inte i samma omfattning. Avvikelser som berör bemötande/kommunikation (66 avvikelser) ligger på ungefär samma antal som föregående år (*Hämtat ur Cognos 2014-01-12*). Exempel på patientupplevda avvikelser: Utebliven undersökning, bristande vårdplan vid utlokalisering, väntan på läkare, utebliven förskrivning av läkemedel, kvarsittande KAD, postoperativ sårinfektion, uteblivet provsvar, trycksår, smärta togs inte på allvar och obehagligt lyft in i ambulans.

Patientnämnden

Under 2013 anmäldes 634 ärenden till Patientnämnden som gällde SkaS. Antalet är högre än föregående år (546 stycken). En ökning kan ses inom områdena bemötande samt organisation/regler/resurser. Ärenden inom dessa områden kan härröras till vuxenpsykiatri som haft svårigheter med att upprätthålla en god tillgänglighet på grund av brist på medarbetare, främst läkare.

Ärenden till Patientnämnden 2013

UTFÖRARE	VÅRD OCH BEHANDLINGSFRÅGOR	BEMÖTANDE/ KOMMUNIKATION/ INFORMATION	ORGANISATION/ REGLER/ RESURSER	ÖVRIGT	ANTAL REG
Sjukhus	289	111	231	3	634
SkaS (Skaraborgs sjukhus)	289	111	231	3	634
• Ospec enhet	22	2	16	0	40
• Område K	152	47	79	0	278
• Område M	115	62	130	3	310
VG Övergripande	0	0	2	0	2
Antal reg	289	111	231	3	634

Chefläkare och chefsjuksköterska tillsammans med delar av sjukhusets styrelse träffade Patientnämnden Mariestad vid två tillfällen under 2013 för att ha en dialog kring patientsäkerhetsfrågor. Ytterligare träffar däremellan har också skett för utbyte av information.

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

Enskilda anmälningar till Socialstyrelsen/IVO hanteras av respektive verksamhetschef. Sjukhusövergripande görs en sammanställning i samband med patientsäkerhetsberättelse. I 87 fall har under 2013 enskilda anmälningar till Socialstyrelsen/IVO gjorts där SkaS varit inblandat, vilket är något färre än förra året. Dessa ärenden handlade till exempel om synpunkter på utredning, diagnos och behandling som upplevs som försenad, felaktig och/eller utebliven. I 19 ärenden har sjukhuset bistått med journalkopior i anmälningar som gäller andra förvaltningar. Chefläkare har under 2013 gjort 11 Lex Maria anmälningar, varav 6 stycken avser suicid.

Tabell 2. Anmälningar till Socialstyrelsen och IVO

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

Patientförsäkringen/LÖF

Under 2013 har 226 ansökningar gjorts till patientförsäkringen där patienten vårdats på SkaS (något färre än 2012 då det var 243 stycken). Av de beslutade ansökningarna har 50 stycken beviljats ekonomisk ersättning i dagsläget (siffran kan komma att ändras), tidigare år har knappt 50 procent av ansökningarna ersatts. Av de ersatta skadorna återfinns hälften inom ortopedi (25 stycken), övriga skador är fördelade inom kvinnosjukvård (6), allmän kirurgi (5), intern medicin (7) och övriga verksamheter (7).

Tabell 3. Ansökningar till LÖF

Anmälningsår	Antal
2008	161
2009	168
2010	180
2011	219
2012	243
2013	226

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. Antalet patientupplevda avvikelser som registrerats i MedControl PRO har under året ökat vilket ses som positivt.

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 ut i sjukhusets lokaler under året 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. Bland annat togs en checklista fram som beskriver kompetensbehovet för sjuksköterskor på barnavdelningen som vårdar barn med diabetes.
- En patient har deltagit i riskanalysteam inom vuxenpsykiatri. Erfarenheterna blev så goda av att ha med patientens perspektiv att samma person nu deltar i flera utvecklingsprojekt inom verksamheten som anställd ”attityd-ambassadör”. Patienter och närstående erbjuds alltid att vara delaktiga i händelseanalysarbete.
- På urologen Skövde har patienter varit delaktiga i framtagandet av en pärm med fallförebyggande information. Urologen har länge haft patientmedverkan när de reviderar sina patient-informationspärmar, genom att patienter läser igenom materialet och kommenterar det i intervjuer - senast ledde det till att vissa ord, som ansågs svårförståeliga byttes ut ex ESWL-behandling. Urologen har också påbörjat ett arbete där patienter ska involveras i arbetet om rutiner kring inskrivning, rond och utskrivning. Än så länge är drygt 20 patienter intervjuade.
- Patientmedverkan inom geriatriska processen och strokeprocessen påbörjat.
- 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.
- En film skapades med utgångspunkt från en närståendes berättelse i brev till Patientnämnden. Filmen har sedan använts flitigt inom flera olika verksamheter på SkaS samt visats på SkaS patientsäkerhetsdag.

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 patientsäkerhetskulturmätningen).

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

Skaraborgs sjukhus har under 2013 bedrivit ett aktivt patientsäkerhetsarbete med ett flertal åtgärder för att förbättra patientsäkerheten. Nedan redovisas exempel på aktiviteter som genomförts.

Den 25 oktober anordnade SkaS en patientsäkerhetsdag med 170 deltagare. På programmet fanns inslag av förbättringsarbeten kopplat till patientsäkerhet på SkaS, information om ”Gröna korset” som man använder på Säs, information om IVO:s arbete samt en föreläsning av Per-Erik Ellström Linköpings universitet angående implementering. En utställning där uppdragsledarna för fokusområden inom patientsäkerhet deltog och presenterade tips och idéer för en säkrare vård fanns också på plats. Ett uppskattat inslag var en film som dagen startades med, filmen var

baserad på en närståendes berättelse om brister i patientsäkerhet då hennes far vårdades på SkaS.

Under året deltog 63 medarbetare från SkaS på den nationella patientsäkerhetskongressen i Stockholm i januari. Deltagande fanns också i SKLs konferens om patientsäkerhetsberättelse och i konferensen Patientsäkerhet – Teori och praktik anordnad av Kungliga Tekniska högskolan, Svensk sjuksköterskeförening och Läkarförbundet m.fl. i Stockholm.

Vid två träffar under året har chefläkarfunktionen sammankallat verksamhetscheferna till träffar med tema patientsäkerhet. På första träffen genomfördes en analys av framgångsfaktorer och risker kopplat till SkaS patientsäkerhetsarbete. Vid den andra träffen gavs information om NITHA, återföring från IVO och dialog kring patientsäkerhetsplan 2014.

Utbildning i grundläggande patientsäkerhetsarbete och nätverksträffar för patientsäkerhetsombud har genomförts vid två tillfällen. Utbildning inom patientsäkerhetsområdet har också genomförts i utbildningen ”Fördjupat kompetensbevis för undersköterskor” och i sjukhusets AT-utbildning för läkare.

Flera verksamhetsområden har under 2013 anordnat utvecklingsdagar med tema patientsäkerhet där utbildningsinsatser kring patientsäkerhet ingått. Till exempel har barn- och ungdomspsykiatri utbildat all personal i att förstå risker i patientresan samt återkoppla negativa händelser, där händelseanalyser användes som grund. Inom ambulansverksamheten har utbildning i AMLS (Advanced Medical Life Support) genomförts för att öka träffsäkerheten i samband med prehospital diagnosställning.

Under året har åtta enheter på SkaS deltagit i projektet processororienterad bemaning – ”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.

Vid ett verksamhetsområde inom medicin har ledningen genomfört patientsäkerhetsronder och dessutom genomfört fokusgruppsintervjuer med medarbetare för att samla in underlag för det kommande årets patientsäkerhetsplan.

Ett förbättringsarbete kring HLR-utbildning har påbörjats. En inventering av andelen medarbetare som genomgått utbildningen de senaste tolv månaderna samt en inventering av behovet av hjärtstartare på SkaS.

Ett förbättringsarbete kring optimerad handläggning av ineliggande patienter som oväntat försämrats (BAS-plus) som var planerat fick tyvärr förskjutas i tid pga. resursbrist och kommer troligtvis att starta under 2014. Utbildningsinsatser till all vårdpersonal planeras.

Sjukhusets ledningsgrupp har fattat beslut om att starta upp Hälsotorg på alla utbudsorster. I Hälsotorget ska personer som befinner sig på SkaS kunna få information och stimuleras till ett hälsofrämjande liv.

Under året har alla madrasser i sjukhusets sängar bytts ut till tryckförebyggande madrasser. Tanken är att vi fortlöpande ska ha en aktuell inventering av madrasser. Ingen person ska behöva få trycksår på SkaS på grund av dålig madrass. Flera medarbetare deltog på den regionala trycksårsdagen i Göteborg, där en presentation gjordes av SkaS trycksårsteam.

Nutritionsutbildning som ett led i att förebygga undernäring under vårdtid på SkaS har genomförts riktad till alla medarbetare, senaste utbildningen skedde 2005. Dessutom har fördjupad utbildning genomförts för nutritionssombud och patientsäkerhetsombud som träffats vid tre nätverksträffar. Munhälsa har introducerats som viktig faktor kopplad till risk för undernäring, vilket skett i samarbete med specialisttandvården.

Ett sjukhusövergripande förbättringsprojekt har startat för att minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner.

I sjukhusets fallförebyggande arbete har en inventering avseende riskförebyggande utrustning på vårdenheter påbörjats. På urologen har avvikelser använts som underlag i förbättringsarbete. En grupp med undersköterskor och sjuksköterskor går igenom varje fallavvikelse, analyserar och initierar förbättringar.

Avvikelser från kommuner har medfört att planeringen av informationsinsatser gällande beslut om egenvård har påbörjats.

PRISS-projekt (protesrelaterade infektioner ska stoppas) har lett till minskad anestetid och att patienten slipper KAD.

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

Förlossningsavdelningen håller på att förbättra rutinerna vid provtagning på barn, främst avseende dokumentation.

Tyvärr har vi inte kunnat följa upp dokumentationen i patientsäkerhetsmallen i Melior ännu, på grund av problem med skapande av Cognos-kub. Förhoppningsvis kan detta bli verklighet under 2014.

Förebyggande arbete görs genom att föreslå rökstopp inför operation samt erbjuda rökavvänjning till medarbetare och patienter.

För att skapa säkrare övergångar mellan vårdgivare och för att ge patienterna en tydligare bild av deras läkemedelsbehandling genomförs läkemedelsavstämning vid utskrivning på flera enheter. Inom ramen för det geriatriska processarbetet görs uppföljningar av patienter äldre än 75 år efter utskrivning, vilket har resulterat i färre läkemedelsfel. Ett breddinförande av vårdplaneringsteam som påbörjats under 2013 har också lett till en säkrare överflyttning av patienter mellan vårdgivare.

En patientsäkerhetsgrupp har tillsatts på MAVA, där gruppen på ett strukturerat sätt tagit fram rutiner och mål/mått utifrån de riktlinjer som finns för fokusområden.

Exempel på allvarliga avvikelser som lett till händelseanalyser, vilka har gett upphov till genomgripande förbättringar:

Efter en negativ händelse i samband med användning av syrgaskoncentrator på neo, genomfördes en rad förbättringsåtgärder. Hjälpmedelscentralen kontaktade tillverkaren för en anpassning av hur flödet i apparaten regleras, man ska inte kunna skruva upp det av misstag. Eftersom denna behandling är sällan förekommande ska Hjälpmedelscentralen bistå med utbildning vid varje enskilt tillfälle. Ansvarsfördelningen på sjukhus och i hemmet förtydligades i en informationspärm riktad till föräldrar. Efter analysens genomförande har neo-avdelningen beslutat att omvärldsbevaka alternativ behandlingsform (flytande syrgas), då det blivit känt att den används på andra sjukhus.

Händelsen berör en man som tidigare var opererad för en sigmoideumtumör med stomi. Han hade också insulinbehandlad diabetes, tablettbehandlad hypertoni, blodtunnandeläkemedel och besvär av gikt och ledvärk. Mannen hade för ca två månader sedan opererats för tarmvred och efter detta haft problem med stora flöden i sin stomi och sökte vård när hemsituationen blev ohållbar. Patienten vårdades först på medicinkliniken för att sedan föras över till kirurgen där behandlingar gjordes för att komma tillrätta med flödena i stomin. Olika professioner var inkopplade bl.a. dietist, arbetsterapeut och sjukgymnast för att optimera för patienten. Vårdplanering gjordes tillsammans med kommunen och efter att ha vårdats elva dagar på sjukhuset gick patienten åter till korttidsboende. Där visade det sig att sjukhuset inte har skickat med aktuella läkemedel, inte utfärdat recept på alla läkemedel, inte gett skriftliga ordinationer på tillsatser i dropp och att del av recept var feldoserat utifrån aktuell ordination. Två dagar senare sökte mannen igen vård på sjukhuset och blev återinlagd. Han hade då gått upp tre kilo i vikt. Denna händelseanalys genomfördes i samarbete mellan sjukhus och kommun. Bland de åtgärder som genomfördes var att utarbeta säker rutin vid utskrivning av patient och använda SBAR. Möjliggöra utskrivning av patient på förmiddagen för att ge kommunen bättre förutsättningar att ordna för patienten under dagen. Uppdatera (anpassa) rutinen kring aktuella ordinationer och utbilda läkare i läkemedels-processen. För att få till ett nuläge bestämde gruppen att starta upp med mätningar av aktuella ordinationer mot läkemedelslistan snarast och föra upp resultatet på förbättringstavlan.

Resultat

Strukturmått finns redovisade under tidigare rubriker i patientsäkerhetsberättelsen.

Processmått

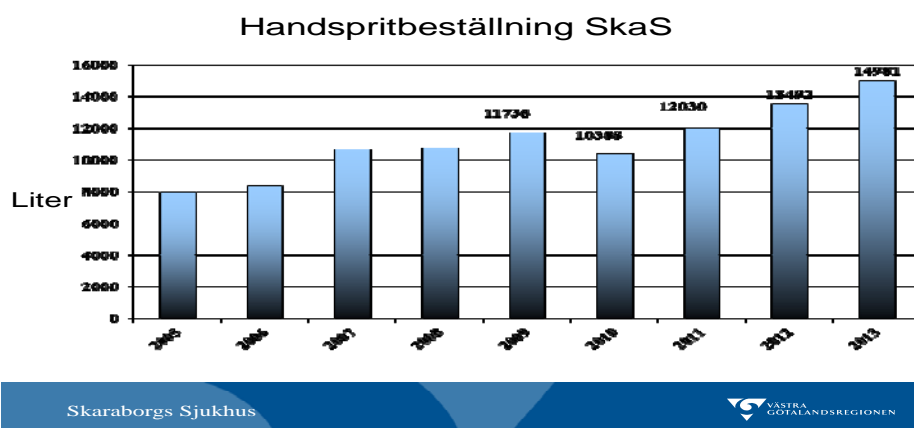
Resultat av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler

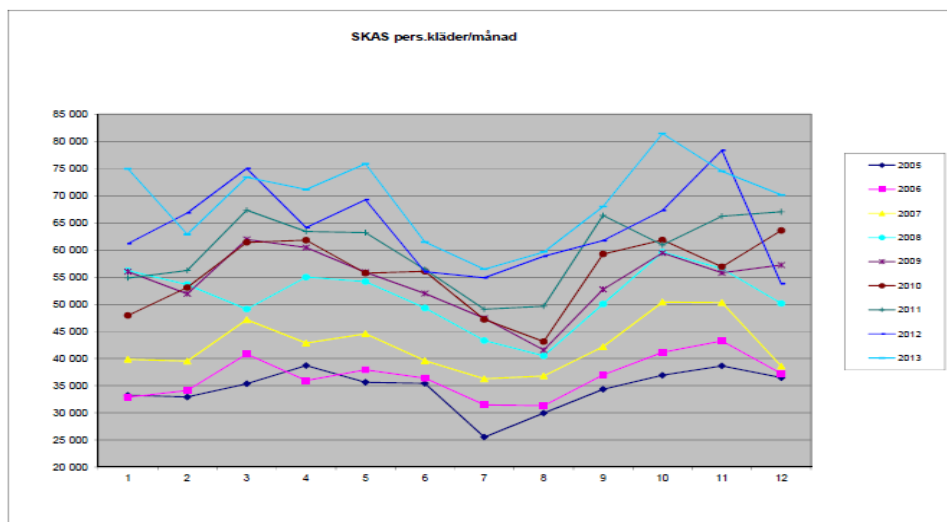
Skaraborgs sjukhus har de senaste åren förbättrat sitt eget resultat avseende följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler med god förbättringstakt, men har fortfarande en förbättringspotential för att komma upp i samma resultat som övriga sjukhus i samma storlek i riket där genomsnittet ligger på 74 procents följsamhet. Förbrukningen av handsprit och arbetskläder visar en ökande trend, vilket ses som positivt.

Tabell 4. Resultat slutenvården hösten 2013

	Riket	VGR	SkaS
Korrekt desinfektion av händerna före	84 %	85 %	77 %
Korrekt desinfektion av händerna efter	94 %	94 %	94 %
Korrekt användning av handskar	95 %	95 %	93 %
Korrekt användning av engångsförkläde av plast/patientbunden rock	93 %	95 %	93 %
Korrekt förfarande i samtliga fyra steg – Följsamhet till basala hygienrutiner	77 %	78 %	70 %
Kortärmad arbetsdräkt	98 %	98 %	97 %
Fri från ringar, klockor och armband	97 %	96 %	96 %
Kort eller uppsatt hår	99 %	99 %	100 %
Korrekt förfarande i samtliga tre steg – Följsamhet till klädregler	94 %	94 %	94 %
Korrekt basala hygienrutiner och klädregler	74 %	75 %	65 %

Handspritsbeställning SkaS 2005-2013

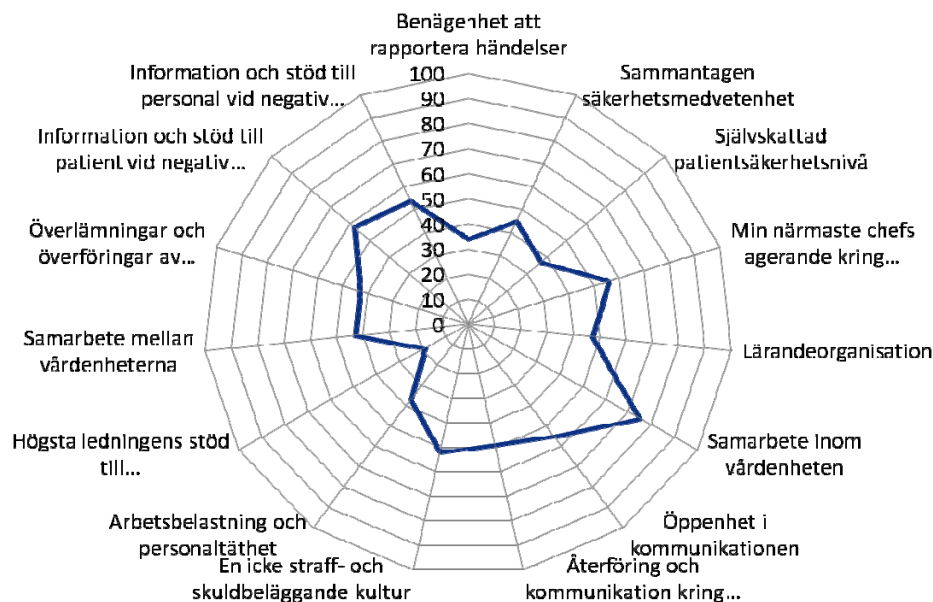




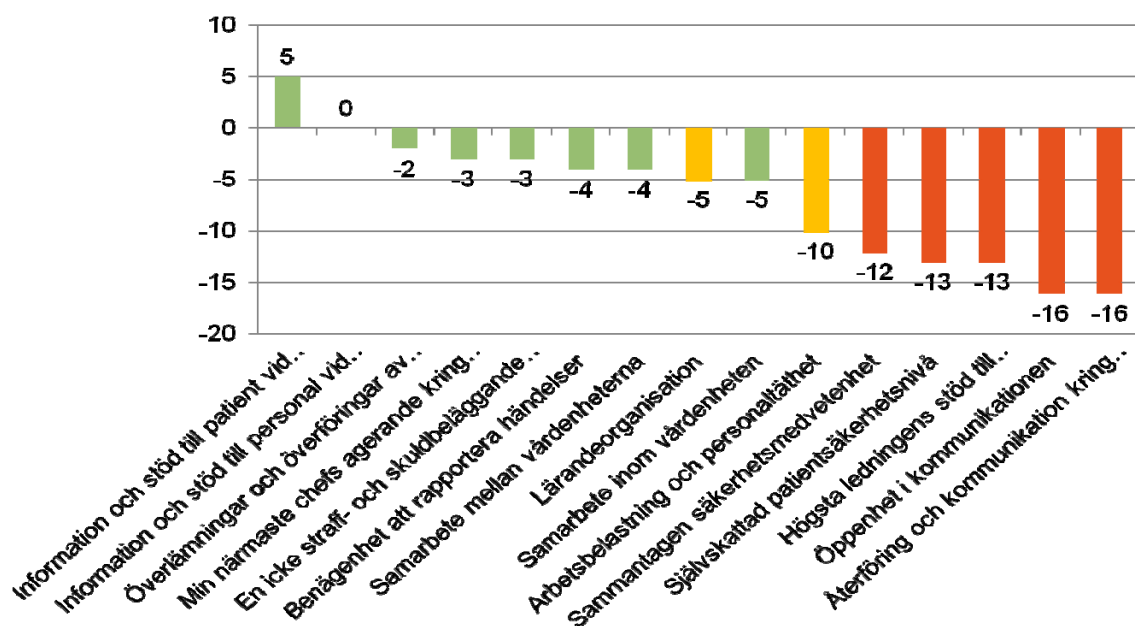
Resultat av patientsäkerhetskulturmätning

Under våren 2013 genomfördes en andra mätning av patientsäkerhetskultur via enkät på SkaS. Totalt skickades 3760 enkäter ut, svarsfrekvensen blev 83,1 procent. Nedan presenteras resultatet i de olika dimensionerna.

Redovisningsfigur patientsäkerhetskultur SkaS 2013



Skilnaden jämfört med föregående mätning 2011 visar att SkaS försämrat sitt resultat inom flera dimensioner. Glädjande är att det finns en upplevelse av att vi blivit bättre på att informera patienter och närstående vid inträffad vårdskada. Flera av försämringarna hör samman med upplevelse av en ansträngd arbetsmiljö vilket upplevs påverka patientsäkerheten negativt.



Flera verksamhetsområden har under hösten 2013 genomfört aktiviteter kopplade till patientsäkerhetskulturmätningens resultat, enheter uppmanas att analysera sitt eget resultat på frågenivå. Resultaten har för några enheter analyserats tillsammans med resultat från den nationella patientenkäten och en medarbetarenkät som genomfördes hösten 2013. Resultaten i de olika mätningarna följer ofta varandra. Ny mätning av patientsäkerhetskultur planeras till 2015.

Resultat avseende överbeläggningar

Sedan ett år tillbaka görs dagliga beläggningsmätningar på SkaS, dessa rapporteras in månadsvis till SKL.

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. 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 poliklinisering av operationer.

Resultatmått

Avvikelser

I avvikelssystemet MedControl PRO registrerades 5706 avvikelser på SkaS under 2013 (motsvarande siffra föregående år var 5786 stycken). Antal avvikelser per nettoårsarbetare/år på SkaS 2013 var 1,4 stycken (1,6 avvikelser/anställd/2012). Antalet registrerade avvikelser ligger på samma nivå som för 2013, men antalet årsarbetare har ökat. (Hämtat ur *Cognos 2014-01-14*).

Tabell 5. Avvikelser SkaS 2013

Avvikelser 2013	Med Control PRO avvikelser
SkaS	5706
Område M	2667
Område K	2609
Område FouU	8
Central stab	331

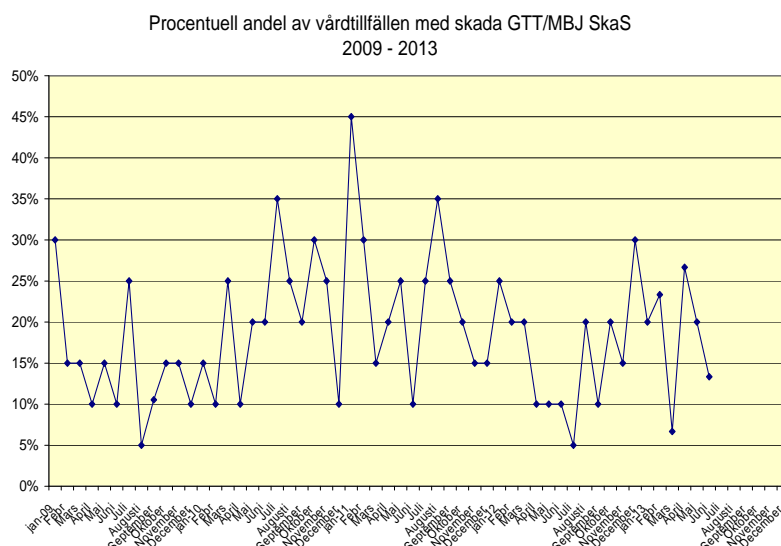
Avvikelserna handlar till stor del om organisation/regler och resurser samt vård och behandling, vilket är samma typer av avvikelser som tidigare år. Under 2013 registrerades 385 vårdskador och 2766 tillfällen med risk för vårdskada. Det registrerades 9 avvikelser med riskvärde 3, vilket är något färre än föregående år. Konsekvenserna för patienterna redovisas i tabell 2. Förlängd väntetid har ökat medan konsekvensen förlängd vårdtid har minskat något. Antal dödsfall är samma som föregående år.

Tabell 6. Konsekvenser för patient

Typ av konsekvens	Antal avvikelser
Dödsfall	2
Bestående skada/smärta	9
Övergående skada/smärta	608
Förlängd vårdtid	68
Förlängd väntetid	257
Ökad vårdinsats	184
Övrigt	221
Ingen	820

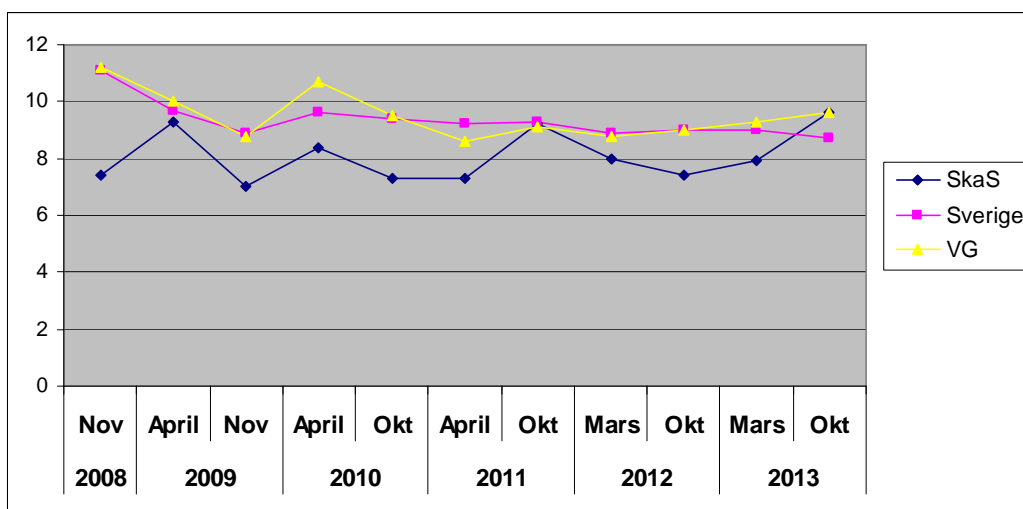
Strukturerade journalgranskningar

Från år 2013 granskas 30 sjukhusövergripande journaler per månad på SkaS, enligt rekommendationen från SKL. Under året startades en granskning av två medicinska verksamhetsområden, urologi och stroke Skövde, med tio journaler per månad i tre månader för vardera verksamhetsområdet. Granskningen genomfördes av det sjukhusövergripande teamet. En återrapportering har skett till ett av verksamhetsområdena. Det andra verksamhetsområdet hade svårigheter att samordna sig till en tid. Återrapportering sker där istället den 12/3-14. Granskarna har vid funnen vårdskada kontrollerat om avvikelse finns i MedControl PRO och då upptäckt att detta endast finns i undantagsfall.



Resultat av punktprevalensmätning vårdrelaterade infektioner

Mätningar inom SkaS somatisk slutenvård visade på 9,6 procent hösten 2013 och motsvarande 7,9 procent i mars 2013. SkaS har de senaste åren legat under riksgenomsnittet (8,7 procent hösten 2013) men har nu en högre andel VRI. Oklart varför, det var inte pågående kräksjuka under denna mätning, normal variation? Ökningen ses främst inom kirurgisk verksamhet.



Figur 2. Diagram punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner

Resultat av punktprevalensmätning trycksår

Skaraborgs sjukhus fanns med bland de femton bästa sjukhusen i Sverige när det gällde låg andel av trycksår våren 2013.

Tabell 7. Andel trycksår 2013

2013	Riket	VGR	SkaS
Andel trycksår grad 1-4 totalt	15 %	14 %	10,5 %

Vid mätningen deltog 526 patienter som genomfördes inom all slutenvård exklusive rättspsykiatri under våren 2013. Andelen riskpatienter var 18 procent. Av andelen

patienter som hade tryckskada/trycksår var fördelningen mellan kvinnor och män lika. Under 2013 genomfördes ett utbyte av alla madrasser i patientsängar på SkaS till madrasser med tryckavlastande förmåga. Det trycksårs- förebyggande arbetet har haft fortsatt stor uppmärksamhet.

Halk- fall olyckor

Det finns inget säkert sätt att mäta antal halk- fallolyckor på i nuläget. De mätningar som kan göras är daglig uppföljning på enhetsnivå vid förbättringstavla eller via sjukhusets avvikelshanteringssystem. I MedControl PRO var antalet dokumenterade avvikelser 712 stycken. Antalet avvikelser har ökat de senaste åren, troligtvis kopplat till en större medvetenhet och vilja att registrera halk- fallavvikelser.

Antal registrerad halk-fallavvikelser SkaS

År	Antal registrerade halk- fallavvikelser i Medcontrol PRO
2013	712
2012	676
2011	576

Safe Surgery

Checklistan 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 utbudsart på SkaS intranät. Det finns en variation i följsamheten, bäst av enheterna är operationsavdelningen i Falköping. Målet är 100 procents följsamhet. Resultaten har inte varit helt tillfredsställande och avvikelser som hade kunnat undvikas vid genomförd Time Out, har tagits upp. Förbättringspotentialen för SkaS ligger på momentet Sign Out.

Tabell 8. Följsamhet till Safe Surgery på SkaS 2013

Följsamhet till Safe Surgery	
Sign In	95 %
Time Out	90-95 %
Sign Out	75 %

Analys

Skaraborgs sjukhus bedriver ett aktivt arbete med för att skapa en säkrare vård. Vissa resultat förbättras, andra är svårare att påverka.

Vid dialogmötet mellan chefläkarfunktionen och verksamhetscheferna med tema patientsäkerhet våren 2013 reflekterades kring synen på SkaS patientsäkerhetsarbete. Styrkor identifierades som bl.a. hög kompetens med många experter, fokus på patientsäkerhet, mätningar-fakta. Svagheter som identifierades var t.ex. bristande kommunikation och trögjobbade system som inte kan påverkas. De möjligheter som sågs var att öka lärande av varandra, transparens och möjlighet till

reflektion i närtid. Några av de hot som kunde kännas var en hög arbetsbelastning, professionell prestige, och kortsiktigt tänkande.

Vad kan vi tillsammans göra för att förbättra patientsäkerheten? Till exempel göra patientsäkerhetsplanerna personliga, skapa ”närhet” så det känns som det gäller mig, engagera medarbetare i dialoger inte bara ledning. Stöd som chefläkarfunktionen kan bistå med är att ta fram rutin och stöd till medarbetare som varit delaktiga i allvarliga vårdskador samt checklista för chef i dessa situationer. Ta fram fallbeskrivningar som kan användas av verksamheten. Göra patientsäkerhetsarbetet mera emotionellt (bl.a. genom film på patientsäkerhetsdagen) och ha fortsatta dialoger med verksamhetscheferna kring säkerhetsfrågor.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Alla verksamhetschefer har skapat egna patientsäkerhetsplaner för 2014 som bildat underlag för SkaS övergripande patientsäkerhetsplan 2014 (Bilaga 3)

Bilaga 1 Riskanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2012	2013	SiL	Radiologi	IVC teknisk utrustning
2012	2013	SkaS	Urologi	Att ändra flödet av dagkirurgi och slutenvård
2012	2013	MP	Medicin	Sammanslagning av Mariestads och Skövdes diabetesmottagningar till en mottagning
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Kontroll av misstänkt vattenavgång på BB
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Respirator avd neo 46
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Byggprojekt Perinatalcentrum
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Byggprojekt Barnhuset
2013	2013	SkaS	Övergripande	Dokumentation av vätskeregistrering
2013	pågår	K	K3 Kvinna, Barn	Sectio på förlossningen i byggprojekt Perinatalcentrum
2013	2013	M	M1 Medicin	Samlokalisering stroke- rehab avd 75-76
2013	2013	M	M1 Medicin	Samlokalisering Lung-neuro avd 77-78
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Gemensam tidbok gynmottagningarna SkaS
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Inkontinensoperation på gynmottagning
2013	2013	K	K3 Kvinna, Barn	Polikliniska prolapsoperationer
2013	pågår	K	K3 Kvinna, Barn	Borttagande av luckan barnmottagningen Skövde
2013	2013	M	VUP	Flytt av VUP öppenvård till nya lokaler

Bilaga 2 Händelseanalyser

Startad	Avslutad	Område	Verksamhet	Berör
2012/01	2013/01	SiL	Radiologi	Anafylaktisk chock vid DT colon
2012/10	2013/01	M	Psykiatri	Suicid
2012/11	2013/12	SiL	Medicin	Kommunikationsbrist
2012/11	2013/12	SiL	Medicin	Återinläggning av patient – intorkning
2012/11	2013/02	MP	Medicin	Tarmperforation vid koloskopi
2012/11	2013/01	M	Psykiatri	Suicid
2012/11	2013/04	M	Psykiatri	Suicid
2013/01	2013/04	K	Barn, Kvinna	Slang till syrgaskoncentrator lossnar
2013/03	2013/05	K	Barn, Kvinna	För hög dos Midazolam, avd 47-48
2013/02	2013/05	K	Kirurgi	Multiorgansvikt efter re-EVAR
2013/03	pågår	K	Öron/Näs/Käk	Hudtumör
2013/03	pågår	K	Kirurgi	Multitrauma
2013/01	2013/03	M	Psykiatri	Suicid
2013/06	pågår	K	Kirurgi	Förtroende
2013/08	pågår	M	M1 Medicin	Vårdskaderisk i samband med hög arbetsbelastning
2013/09	pågår	K	Akutmott	Ingen ID-kontroll av EKG
2013/10	pågår	K	Urologi	Uretärskada vid stenextraktion
2013/06	2013/12	K	Ortopedi	Knälösning
2013/02	2013/03	K	Urologi	Återinläggning pga otillräcklig vårdsamverkan
2013/08	2013/12	K	Kvinna, Barn	För hög dos morfin
2013	2013	M	Psykiatri	Suicid, tillsammans med Närhälsan

Informationsärendet B

Handlingsplan psykiatri
Föredragande Hans Halén

Informationsärendet C

Rapport från presidiet

Informationsärendet D

Rapport från sjukhusdirektören.