

Dnr 21/2014

Årsredovisning 2014

NU-sjukvården

Version 2015-01-27

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING.....	5
2. VERKSAMHETEN	6
2.1 Regionfullmäktiges mål	7
a/ Västra Götalandsregionens egna verksamheter ska vara föregångare i miljöarbetet	7
b/ Regionstyrelsen och kommittén för rättighetsfrågor ansvarar för att regionens verksamheter ska vara tillgängliga för alla invånare	8
c/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna.....	8
d/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa en kvalitetsdriven vård i hela Västra Götaland	9
e/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna är delaktiga i vården och vet vart de ska vända sig	9
f/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd	10
g/ Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen.....	10
h/ Regionstyrelsen ska stärka regionen som en attraktiv arbetsgivare.....	11
i/ Servicenämnden ska genom ett samlat ansvar för samordning, produktion och leverans av serviceverksamhet inom Västra Götalandsregionen skapa förutsättningar för att frigöra resurser till kärnverksamheten	11
2.2 Regionfullmäktiges uppdrag	11
Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans.....	11
Alla verksamheter ska arbeta för att öka sin produktivitet och effektivitet.....	11
2.3 Verksamhetens övergripande uppdrag och verksamhetens mål.....	12
2.3.1 Sjukhusets vision	13
2.3.3 Sjukhusets strategiska mål	13
2.3.4 Viktiga förändringar i verksamhetens inriktning och omfattning.....	14
2.3.5 Verksamhetens mål	16
2.3.6 Verksamhetsperspektiv	19
2.3.7 Kommunikation	21
2.3.8 Verksamhetens miljöarbete.....	21
2.4 Vårdgaranti – tillgänglighet.....	23
2.5 Beläggning	25
2.6 Prestationer	26
2.7 Patientsäkerhetsarbetet.....	27
3. PERSONAL.....	27
3.2 Personalstruktur	31
3.4 Sjukfrånvaro.....	32
3.6 Jämställdhet och mångfald	34
3.7 Personalvolym	36

3.8 Bemanningsföretag	37
3.9 Personalkostnadsanalys.....	38

5. EKONOMI 40

5.1 Ekonomiskt resultat	43
5.1.1 Analys utfall jämfört med budget	43
5.1.2 Utfall jämfört med föregående år	44
5.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans	48
5.4 Investeringar	49

6. BOKSLUTSDOKUMENT OCH NOTER 50

Bilagor

Bilaga 1 Avrapportering intern kontroll i NU-sjukvården

Bilaga 2 Patientsäkerhetsberättelse

Bilaga 3 Säkerhetsrapport

Bilaga 4 Organ- och vävnadsdonation

1. Sammanfattning

NU-sjukvårdens övergripande arbete fortsatte under 2014 kring att utveckla hälso- och sjukvården i Fyrbodalsområdet och samtidigt få en verksamhet i balans. Den stora utmaningen var att komma tillrätta med sjukhusets ekonomiska obalanser och vissa kostnadssänkande åtgärder har därför skett under året.

Fokus under 2014 har varit att stärka genomförandekraften i organisationen genom att arbeta med ledning och styrning i linjen. Som ett led i detta arbete har sjukhusdirektören träffat ett stort antal verksamheter för att föra en dialog kring hur NU-sjukvården kan öka kvaliteten i vården och minska kvalitetsbristkostnader.

Många medarbetare har under året varit involverade i arbetet med flytten av akut ortopedi till NÄL och motsvarande planerad vård till Uddevalla sjukhus (TAKT-projektet).

Värdebaserad vård introducerades i förvaltningen under senare delen av 2014 och är ett fokusområde i förändringsagendan 2015. Det handlar i grunden om att värdera alla insatser som görs utifrån om det skapar värde för patienten eller ej.

Uppdraget från ägarna och beställarna resulterade under året i att en upphandling av lokal-sjukhusen i NU-sjukvården gjordes. Hälso- och sjukvårdsnämndernas avtal med Praktiker-tjänst om öppen specialiserad sjukvård i Bäckeфорs, Strömstad och Lysekil innebär en minskad beställning av öppen specialiserad sjukvård till NU-sjukvården från 2015.

Inflödet till akutmottagningen var 2014 något lägre än föregående år, utom under sommaren och vid jul- och nyårshelgerna. Då var det ett högt akutinflöde, överbeläggningar på vårdavdelningarna samt låg bemanning påverkade sjukhuset. Det har dock inte varit några större utbrott av calici och influensa under året, vilket förbättrade situationen.

Antalet betaldagar för utskrivningsklara patienter ökade under året med drygt 40 procent jämfört med föregående år. Det är framför allt Uddevalla kommun som har haft ett högt antal utskrivningsklara patienter.

Antalet överbeläggningar per 100 vårdplatser ökade under året. Den största ökningen fanns inom område medicin och akut och berodde främst på neddragningen av vårdplatser på grund av sjuksköterskebrist. Detta avspeglades också i en fortsatt hög beläggningsgrad.

NU-sjukvårdens totalt utförda vård 2014, mätt enligt regionens sammanvägda prestationer, var 3,1 procent högre än budget och beställning från hälso- och sjukvårdsnämnderna. Jämfört med föregående år ökade de med 1,7 procent. Remissinflödet (vårdbegäran) från primärvården ökade med 1,2 procent jämfört med föregående år, främst inom kirurgi.

Tillgängligheten till vården för patienter som väntat 90 dagar (vårdgaranti) respektive 60 dagar försämrades något jämfört med föregående år. Produktionen av förstabesök och behandlingar ökade jämfört med föregående år.

Kompetensförsörjningen är en av NU-sjukvårdens största utmaningar med fortsatt brist på balans mellan ekonomiska budgetförutsättningar och verksamhetens behov av tillgång på personal. Stora ansträngningar görs för att rekrytera, utveckla och behålla personal men personalomsättningen inom vissa yrkesgrupper har medfört att bemanningsföretag har utnyttjats. Bristen på personal har i vissa fall inneburit att vårdplatser inte kunnat hållas öppna. För att kunna vara en attraktiv arbetsplats, både för att behålla och locka nya medarbetare, provas olika aktiviteter exempelvis att införa tjänstgöring endast två av fem helger.

Antalet nettoårsarbetare ökade något jämfört med föregående år. Sjuksköterskor/barnmorskor har minskat medan undersköterskor/skötare har ökat. Sjukfrånvaron fortsätter att öka.

NU-sjukvårdens ekonomiska resultat 2014 uppgår till -146 mnkr jämfört med -154 mnkr föregående år. Det är en avvikelse med -56 mnkr vid jämförelse med det av regionfullmäktige godkända resultatmålet (-90 mnkr). Resultatet är i paritet med bedömningarna under året. Orsaker som påverkat resultatet är främst ökade kostnader kopplade till den besvärliga bemaningssituationen. Sjukhusets bruttokostnader ökade totalt med 3,3 procent jämfört med föregående år, inkluderat en lönerevision med 2,5 procent.

I bilaga redovisas granskningen av den interna kontrollen för de administrativa stödprocesserna enligt NU-styrelsens beslutade kontrollplan för 2014. Den interna kontrollen bedöms som god (se bilaga 1). Patientsäkerhetsberättelse för NU-sjukvården redovisas i bilaga 2, säkerhetsrapport i bilaga 3 och årsredovisning av organ- och vävnadsdonation i bilaga 4.

2. Verksamheten

Jämlik vård

NU-sjukvården har tagit fram en plan avseende Jämlikhet i NU-sjukvården ”Alla människor har lika värde”. Där framgår NU-sjukvårdens grundsyn att alla människor har lika värde och ingen diskrimineras på grund av socioekonomiska faktorer, kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. Alla chefer och medarbetare har ett ansvar för att målen uppnås.

De senaste åren har lagts större fokus på prostatacancerprocessen för att hamna i nivå med bröstcancerprocessen. Inom hjärtsjukvården har analys visat att det inte finns någon statistisk signifikant könsskillnad och inte heller mellan flickor och pojkar i barnsjukvården.

Vid framtagande av patientinformation och patientkommunikation använder verksamheterna verktyget ”skrivhjälp för jämlik text”, se www.vgregion.se/skrivhjalp

En jämställd sjukskrivningsprocess

Inom projektet *Våld i nära relationer* har arbetet med att ta fram en rutin för att upptäcka och identifiera personer utsatt för våld i nära relationer fortsatt och övergått i en implementeringsfas. I samarbete med Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) har fyra separata utbildnings-/föreläsningstillfällen anordnats, vilka nått cirka 130 medarbetare. Information om arbetet har getts vid 18 tillfällen, på ledningsmöten och arbetsplatsträffar, i de prioriterade verksamheterna. Arbetsgrupper har bildats inom kvinnosjukvården för att fortsätta implementeringsarbetet och vara ”motorer” för sina kollegor. Arbetet med att **våga fråga** är sedan tidigare väl etablerat inom mödravården. Inom barnkliniken sker motsvarande arbete i en redan etablerad grupp som arbetar med **barn som far illa**. Akutkliniken har bland annat arbetat med kunskap om kontaktvägar.

Rutin **Våld i nära relation** har tagits fram och beslutats i sjukhusledningen. En intern hemsida har skapats som ska fungera som ett stöd i det dagliga arbetet. ”Informationsstickor” har tagits fram, filmer att användas på arbetsgruppsmöten har köpts in och informationsmaterial av olika slag har distribuerats till verksamheterna.

I den plan som finns sker implementering av arbetssätt och rutin för de prioriterade verksamheterna under ett år. Utvärdering kommer att ske i samarbete med Socialstyrelsen och VKV. Därefter är planen att implementeringsinsatser kommer att riktas till sjukhusets övriga verksamheter.

Barns rätt till jämlik vård

FN:s Barnkonvention säkerställer barns rätt till jämlik vård. Regionfullmäktige har beslutat att konventionen ska vara styrande för all offentlig verksamhet i Västra Götalandsregionen. Samtlig personal med barnkontakt ska ha kännedom om Barnkonventionen och arbeta efter denna. FN:s Barnkonvention utgör styrdokument för NU-sjukvården. Utbildningsinsatser har utförts inom alla områden.

Inom förlossningsvården gynnas båda föräldrars anknytning till det nya barnet genom ökat deltagande och att båda föräldrar har möjlighet till samvård på BB. Enkätundersökningar visar att partners till födande kvinnor känner ökad delaktighet.

Inom område barn och kvinnosjukvård arbetas aktivt inom ”Våld i nära relationer”, där barnläkare är ordförande i en arbetsgrupp som arbetar med våld i nära relationer, barn som bevittnat våld, barn som lever med sjuk närstående mm. Rutin har tagits fram, beslutats i sjukhusledningen och intern hemsida har skapats som stöd i dagligt arbete. Arbetet ska utvärderas av Socialstyrelsen och VKV.

2.1 Regionfullmäktiges mål

Måluppföljning

 Målet är inte uppnått	 Målet är nästan uppnått	 Målet är uppnått
---	---	--

a/ Västra Götalandsregionens egna verksamheter ska vara föregångare i miljöarbetet

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Vårdens utsläpp av lustgas	Se nedan.		27,5 procents minskning 2014 av lustgasutsläpp jämfört med 2009 (regional målnivå 57 procent). Under 2014 har NU-sjukvården ökat sina lustgasutsläpp med 68 procent jämfört med 2013 på grund av byte av destruktionsanläggning.
2. Användning av miljö- och hälsofarliga ämnen	Minskning med 35 procent jämfört med 2010.		100 procent av regionens prioriterade utfasningsämnen Hydrokinon, Glutaraldehyd och Bronopol. 31 procent minskning av samtliga utfasningsämnen.

1. Lustgas

På Uddevalla sjukhus har användningen av lustgas helt upphört att användas, då man har förbättrade narkosmedel. Ledningarna är pluggade och tömda på lustgas.

NÄLs användning av lustgas sker till 99 procent på förlossningen. Blivande mödrar får information av förlossningspersonalen om hur dubbelmasken ska användas. Dubbelmasken minskar spridning av lustgas i förlossningssalen, vilket är en fördel arbetsmiljömässigt för personalen och ger minskad miljöpåverkan.

Västfastigheter har genomfört en upphandling av lustgasdestruktionsanläggningar. I slutet av första kvartalet 2015 beräknas NÄL att ha en destruktionsanläggning för lustgas på plats.

2. Miljö- och hälsofarliga ämnen

NU-sjukvården har minskat användningen av regionens tre prioriterade miljö- och hälsofarliga utfasningsämnen med 100 procent jämfört med 2010.

Den stora volym minskningen beror bland annat på att samtliga endoskopidiskdesinfektorer har bytts ut. Till de tidigare diskdesinfektorerna gick de endast använda ett diskmedel som innehöll Glutaraldehyd. Detta ämne är starkt allergiframkallande och har stor miljöpåverkan. Bronopol och Hydrokinon är de två övriga utfasningsämnena. Här har ett metodbyte genomförts och dessa ämnen ersatts.

b/ Regionstyrelsen och kommittén för rättighetsfrågor ansvarar för att regionens verksamheter ska vara tillgängliga för alla invånare

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Andel sjukhus i egen regi som har inventerat 90 procent av sina verksamheter i Tillgänglighetsdatabasen (TD).	90 procent av lokalerna i NU-sjukvården ska vara registrerade i TD.		95 procent av lokalerna är registrerade. Vissa externa lokaler kvarstår, där registrering pågår.

Tillgänglighetsdatabasen är en databas som erbjuder information om olika verksamheters fysiska tillgänglighet inför vardagliga besök, bland annat inom offentlig service. Huvudprincipen är att varje verksamhets information ska beskrivas utifrån fem förutsättningar:

- svårt att se
- svårt att höra
- svårt att röra sig
- svårt att tåla vissa ämnen
- svårt att bearbeta, tolka och förmedla information

c/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Andel som har väntetid besök till BUP max 30 dagar	100 procent		84 procent (regional målnivå 100 procent).
2. Andel patienter som får träffa läkare akutmottagning inom 60 minuter.	60 procent		46 procent (regional målnivå 60 procent).
3. Antal väntande mer än 90 dagar till besök (november).	Minska		1 303 (regional målnivå 964)
4. Antal väntande mer än 90 dagar till behandling (november).	Minska		584 (regional målnivå 372)

NU-sjukvården klarade inte vårdgarantin 2014 under givna förutsättningar. Åtgärdsplan och prognos lämnas senare till regiondirektören.

d/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa en kvalitetsdriven vård i hela Västra Götaland

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård (procent)	8 procent		9,4 procent enligt punktprevalensmätning våren 2014 (regional målnivå 8,0 procent).
2. Antal överbeläggningar på sjukhus per 100 disponibla vårdplatser	Minska jämfört med 2012		4,1 procent (regional målnivå 4,0 procent).
3. Andel patienter inom cancervården som får behandlingsbeslut inom målnivå (procent)	80 procent (2014)		Inga uppgifter.
4. Registrering i psykiatrins kvalitetsregister	Ökning med 6 register jämfört med 2012		Målet uppnått.
5. Antal personer som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare vid reumatoid artrit	>20 procent, se kompletterande text nedan.		24,9 procent

Under 2014 har endast en punktprevalensmätning av VRI genomförts under våren. Under februari 2014 infördes infektionsverktyget men viss teknisk anpassning återstår. Syftet med infektionsverktyget är att vara ett hjälpmedel i verksamheternas förbättringsarbete med att minska vårdrelaterade infektioner och optimera antibiotikaanvändningen. Dessutom ska det ersätta punktprevalensmätningar av VRI.

e/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna är delaktiga i vården och vet vart de ska vända sig

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Patientupplevd kvalitet avseende bemötande ska öka med minst en enhet (PUK) jämfört med tidigare mätning	Slutenvård somatik Öppenvård somatik Öppenvård psyk Slutenvård psyk	PUK 89 PUK 94 PUK 88 PUK 75	 PUK 91 PUK 94 PUK 84 PUK 68
2. Patientupplevd kvalitet avseende delaktighet ska öka med minst en enhet (PUK) jämfört med tidigare mätning	Slutenvård somatik Öppenvård somatik Öppenvård psyk Slutenvård psyk	PUK 73 PUK 81 PUK 70 PUK 53	 PUK 74 PUK 81 PUK 69 PUK 48

1. Regional målnivå uppgår till PUK 89
2. Regional målnivå uppgår till PUK 73

f/ Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Andel deltagande i screeningprogram, mammografi	>80 procent av målgruppen ska delta.		85 procent
2. Andel deltagande i screeningprogram, bukaortaaneurysm	>80 procent av målgruppen ska delta.		77 procent.
3. Könsskillnad hjärtsjukvård, indikatorer: a/ andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning	Enligt regionala måltal men statistisk signifikans ska finnas.		Analys av NU-sjukvårdens resultat visar ingen statistiskt signifikant könsskillnad i hjärtsjukvården vid sjukhuset. Utfall 7,1 (regional målnivå 11,2)
b/ andel behandlade med lipidsänkare vid utskrivning efter hjärtinfarkt			Utfall 0,5 (regional målnivå 6,9)
c/ andel kranskärlsröntgade vid icke ST-höjningsinfarkt			Utfall 0,4 (regional målnivå 6,2)
d/ andel behandlade med P2Y12-receptorblockerare vid utskrivning efter icke ST-höjningsinfarkt			Utfall 3,9 (regional målnivå 0,6)
e/ andel behandlade med ACE-hämmare/ A2antagonister vid utskrivning efter hjärtinfarkt			Utfall 3,5 (regional målnivå 10,5)
4. Könsskillnad strokesjukvård, indikatorer: a/ täckningsgrad Riksstroke ≥ 18 år	Enligt regionala måltal men statistisk signifikans ska finnas.		Inga uppgifter framtagna. Analys av NU-sjukvårdens resultat utifrån könsskillnad har inte kunnat genomföras, men planeras att göras 2015.
b/ blodförtunnande behandlingar efter stroke med förmaksflimmer			Utfall 14,0 (regional målnivå 6,7)
c/ andel patienter med stroke som vårdats på strokeenhet			Utfall 2,0 (regional målnivå 7,4)
d/ andel patienter som gavs trombolysbehandling/trombektomi			Utfall 0,0 (regional målnivå 0,0)
5. Antal personer med undvikbar somatiska slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare med tidigare psykiatrisk vård	Inga uppföljningssystem kända för utsökning i NU-sjukvården.		Inga uppgifter
6. Återinskrivna inom 30 dagar, 65 år och äldre			18,1 procent (regional målnivå 18,9 procent).

g/ Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Antalet sjuksköterskor som får sin specialistutbildning betald av region-gemensamma medel	12		Målet uppnått. 19 utbildningsbefattningar nyttjas.
2. Kostnaden för bemanningsläkare (mnkr)	49 mnkr		70 mnkr, målet ej uppnått.
3. Kostnaden för bemanningssjuksköterskor (mnkr)	1 mnkr		15 mnkr, målet ej uppnått.

Kostnaderna för personal från bemanningsföretag uppgick till 86 mnkr för 2014, en ökning med 25 mnkr sedan föregående år. Se även avsnitt 3.

h/ Regionstyrelsen ska stärka regionen som en attraktiv arbetsgivare

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
1. Andel anställda med erbjuden heltidsanställning	85 procent		93 procent.
2. Andel chefer som genomgått utbildning i genuskompetent ledarskap	60 procent		15 procent (regional målnivå 60 procent).
3. Andel medarbetare som upplever arbetsmiljön som god i medarbetarenkäten	70 procent		Index 65,8 (regional målnivå 70,0).
4. Andel medarbetare som upplever delaktigheten som god i medarbetarenkäten	70 procent		Index 71,9 (regional målnivå 80,0).
5. Andel anställda som har en kompetensutvecklingsplan	70 procent		70,0 procent (regional målnivå 70,0 procent).
6. Andel tillfälliga anställningar	14 procent		16,4 procent (regional målnivå 14,0 procent).

i/ Servicenämnden ska genom ett samlat ansvar för samordning, produktion och leverans av serviceverksamhet inom Västra Götalandsregionen skapa förutsättningar för att frigöra resurser till kärnverksamheten

Styrtal VGR	Måltal NU		Måluppfyllelse
Avtalstrohet (leveranstrohet i procent)	-		87,7 procent (regional målnivå 86,0 procent).

2.2 Regionfullmäktiges uppdrag

Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans

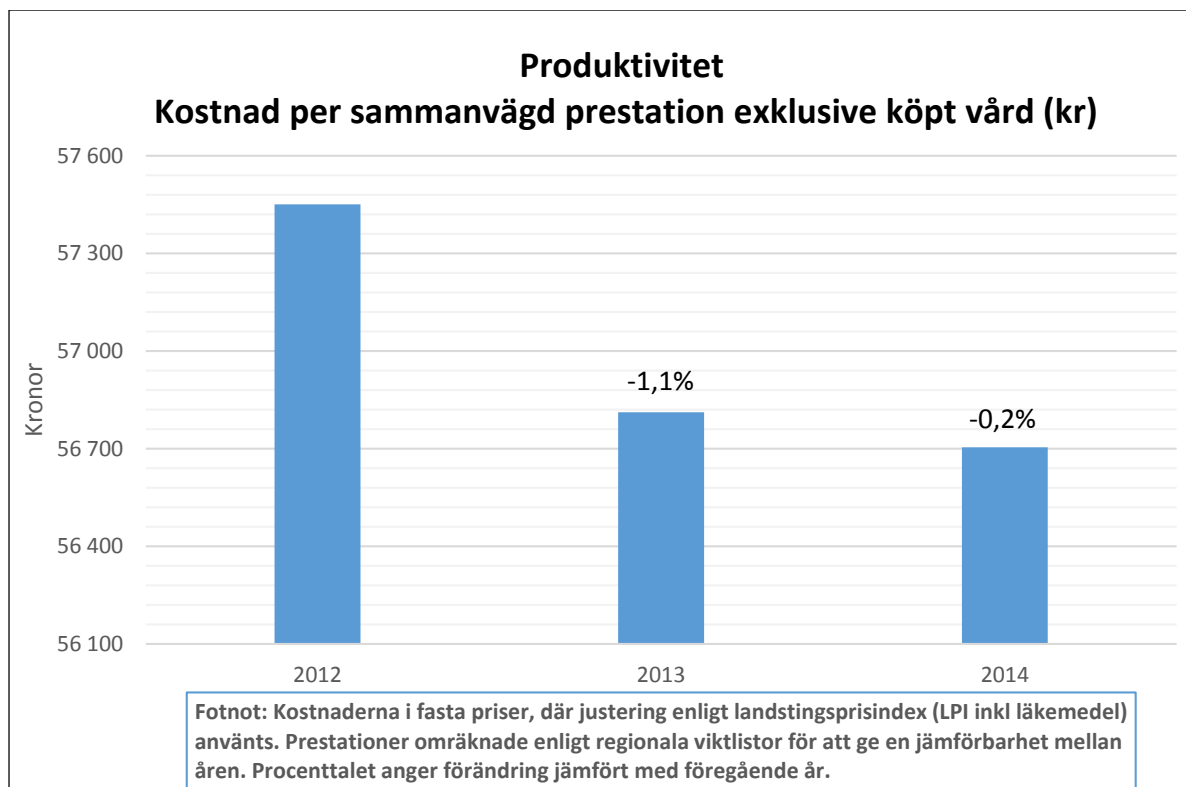
Arbetet med att utveckla och stödja ett decentraliserat ekonomiskt ansvarstagande inom NU-sjukvården fortsätter. Förutsättningen för att en budget är styrande är att den har legitimitet, dvs att acceptanskriteriet är uppfyllt. Uppföljning och återkoppling av resultat är en mycket viktig aktivitet för att uppnå ökat värde för patienten samt kostnadskontroll och som NU-sjukvården arbetet aktivt med under flera år.

Under 2014 redovisar NU-sjukvården inte en verksamhet och ekonomi i balans. För att nå dit krävs omfattande åtgärder som både innehåller det ständiga förbättringsarbetet inom organisationens alla nivåer. De viktigaste aktiviteterna under 2015 blir att:

- Genomföra handlingsplanen för patientsäkerhet
- Införa värdebaserad vård med förbättrade vårdprocesser
- Förbättra chefers organisatoriska förutsättningar

Alla verksamheter ska arbeta för att öka sin produktivitet och effektivitet

Produktiviteten i verksamheten mäts fortlöpande. Produktiviteten (kostnad per sammanvägd prestation exklusive köpt vård) förbättrades 2014 med 0,2 procent jämfört med föregående år.



En utmaning är att i högre grad än idag mäta effektivitet, dvs även mäta effekten eller nytta för patienten, i förhållande till insatta resurser.

De identifierade fokusområdena för ökad effektivitet är följande områden;

- Minska kvalitetsbristkostnader, som t ex trycksår och vårdrelaterade infektioner
- Förbättra produktionsplaneringen
- Samverkande sjukvård med vårdgrannar
- Minska kostnaderna för dyra personallösningar
- Effektivare lokalutnyttjande
- Genomgång av vårdplatsfördelningen

För att få ytterligare genomslag i arbetet på alla nivåer med att minska kvalitetsbristkostnader kommer aktiviteter inom konceptet Värdebaserad vård att genomföras. Utgångspunkten är att skapa ökat patientvärde och att sänka kostnaderna för att åstadkomma patientvärdet. För att lyckas krävs engagemang och kunskap, samt tillgång till rätt data och information i rätt tid.

2.3 Verksamhetens övergripande uppdrag och verksamhetens mål

NU-sjukvården erbjuder invånarna i Fyrbodal specialiserad akut och planerad vård samt när-sjukvård av hög kvalitet genom att arbeta med och utveckla interna processer och samverka med vårdgrannar.

Under 2014 har verksamheten inom NU-sjukvården bedrivits i enlighet med den av sjukhusstyrelsen beslutade verksamhetsplanen. Det av regionfullmäktige beslutade ”12-punktsprogrammet” och den utvecklingsplan som beslutats har inneburit att ytterligare aktiviteter har genomförts.

NU-sjukvårdens utvecklingsplan fastställdes av styrelsen i oktober och omfattar tidsperspektivet 8-10 år. Utvecklingsplanen omfattar viktiga strategiska frågor för NU-sjukvården. I planen beskrivs NU-sjukvårdens målbild, det medicinska uppdraget, optimering av processer, kompetensförsörjning, styrning och ledning samt en modell för verksamhets- och processutveckling.

Utvecklingsplanen tillsammans med regionfullmäktiges budget och vårdöverenskommelsen med Hälso- och sjukvårdsnämnderna har legat till grund för verksamhetsplan 2015. Medarbetarenkäten från 2013 visade på brister i upplevd målkvalitet. NU-sjukvårdens övergripande åtgärd var bland annat att ta fram en ny form för verksamhetsplan. Det har inneburit ett utvecklingsarbete med den s k Förändringsagendan som slutprodukt.

Uppdraget från ägarna och beställarna resulterade under året i att en upphandling av lokal-sjukhusen i NU-sjukvården gjordes. Hälso- och sjukvårdsnämndernas avtal med Praktiker-tjänst om öppen specialiserad sjukvård i Bäckefors, Strömstad och Lysekil innebär en minskad beställning av öppen specialiserad sjukvård till NU-sjukvården från 2015. Övrig mottagningsverksamhet som inte Praktikertjänst tar över fördes under året över till NÄL och Uddevalla sjukhus. Upphandlingen försenades och det planerade övertaget av verksamhet har inte genomförts enligt ursprunglig tidplan.

2.3.1 Sjukhusets vision

NU-sjukvårdens vision är – *Ett sjukhus i ständig utveckling för patientens bästa*. Med detta menas att patienten möts av en tillgänglig, konkurrenskraftig och kunskapsbaserad specialist-sjukvård.

2.3.3 Sjukhusets strategiska mål

NU-sjukvården arbetar utifrån begreppet God Vård, d v s säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård samt vård i rimlig tid. Dessa kvalitetsmål återfinns i NU-sjukvårdens styrkort i de fyra perspektiven:

- Medborgar-/patientperspektiv
- Verksamhetsperspektiv
- Medarbetarperspektiv
- Ekonomiperspektiv

NU-sjukvårdens strategiska mål för att nå visionen beskrivs i styrkortet. Respektive perspektiv har ett strategiskt mål som konkretiserats med hjälp av framgångsfaktorer. För 2014 har NU-sjukvården identifierat framgångsfaktorer och utvecklingsmål utifrån de strategiska målen.

NU-sjukvården arbetar med åtgärderna i det regionala handlingsprogrammet för God Vård och har utarbetat riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas. NU-sjukvården utvecklar ett ledningssystem för kvalitet och "God Vård" med sina sex perspektiv ska även i fortsättningen utgöra basen för detta.

En del i God Vård handlar om chefers och medarbetares uppdrag. Bland annat anges att chefer ska skapa förutsättningar för ett fortlöpande och systematiskt förbättringsarbete, stödja det praktiska genomförandet samt efterfråga och följa upp resultaten av arbetet. Medarbetarna ska aktivt delta i verksamhetsuppföljning, kunskapsutveckling och förbättringsarbete och genom sin kompetens och sitt engagemang medverka till att målen uppfylls.

2.3.2 NU-sjukvårdens styrkort för 2014



2.3.4 Viktiga förändringar i verksamhetens inriktning och omfattning

NU-sjukvården har under 2014 präglats av arbetet med flytten av akut ortopedi till NÄL och motsvarande planerad vård till Uddevalla sjukhus. Arbetet har bedrivits i projekt TAKT - Tydlig Arbetsfördelning för Kvalitet och Tillgänglighet. Under året har många medarbetare i NU-sjukvården varit involverade. Projektet har regelbundet rapporterats till styrelsen.

Beläggingsgraden ligger fortfarande högt i NU-sjukvården. Medelvärde under året är 98 procent, sett över alla verksamheter. Störst problem har område medicin, men även område opererande hamnar av och till över 100 procent. NU-sjukvården har under året fått tillskott av vårdplatser, men dessa har inte kunnat utnyttjas fullt ut på grund av svårigheter att rekrytera personal. Antalet utskrivningsklara patienter är fortfarande mycket högt och intäkter för patienter utanför karenstiden är betydligt högre än 2013.

Under året har en förvaltningsgemensam modell för verksamhets- och processutveckling arbetats fram. Modellen ska implementeras, användas och stödja det långsiktiga arbetet i förvaltningen. Modellen utgår från att chefer på alla nivåer leder förbättringsarbetet med utgångspunkt från patientens behov. Förvaltningen ska arbeta för en kultur som underlättar förbättringsarbetet genom uppmuntrande och stödjande chefer och ledare.

Värdebaserad vård introducerades i förvaltningen under senare delen av 2014 och är ett fokusområde i förändringsagendan 2015. Det handlar i grunden om att värdera alla insatser som görs utifrån om det skapar värde för patienten. Sjukhusdirektören skriver i sitt septemberbrev till samtliga medarbetare

”Jag tror att vi alla har utgångspunkten att vi arbetar utifrån patientens bästa, men i praktiken ägnar vi alldeles för mycket av vår tid och våra resurser till att administrera köer, ta hand om frustrerade patienter i telefon och hantera remisser. Vi måste också bli bättre på att använda oss av standardiserade arbetssätt och ”best practice” för att öka kvaliteten. Våra vårdssystem har idag fokus på processer och produktion. Vi behöver hitta sätt att istället utgå från det värde våra insatser har för patienten. Det kommer på sikt att kräva att vi organiserar oss efter diagnoser snarare än specialiteter och fortsätter utveckla mer teambaserade arbetsätt.”

Under året har 25 medarbetare som arbetar inom akutvårdsprocessen deltagit i en 7,5 poängs-utbildning i förbättringskunskap. Syftet med utbildningen är att deltagarnas kunskap och förmåga skall nå den nivå som behövs för att leda och driva ett målinriktat och långsiktigt kvalitetsdrivet förbättringsarbete. Detta innebär att kunna planera, leda, samordna och utveckla verksamheten med fokus på patient/kundtillfredsställelse samt att kunna leda ett resultatnriktat förbättrings- och utvecklingsarbete. Utbildningen syftar även till att skapa nätverk för utbyte av erfarenheter och reflektion.

NU-sjukvården och Högskolan Väst har tagit sitt samarbete till en ny dimension med en satsning på två tjänster där verksamhetsutveckling kombineras med forskarstudier. I rollen som utvecklingsledare kommer uppgifterna bestå av att arbeta med utveckling och patientsäkerhet utifrån NU-sjukvårdens långsiktiga målarbete. Forskningen kommer att bedrivas inom två olika ämnesområden, informatik respektive pedagogik, på Högskolan Väst. I båda fallen kommer det att finnas en tydlig inriktning mot arbetsintegrerat lärande, högskolans profilområde som innebär en nära koppling mellan högskolan och arbetsliv i såväl utbildning som forskning. Resultatet av forskningen ska innebära nytta för utvecklingen av vården utifrån ett patientnära perspektiv.

FoU-enheten har under 2014 medverkat i att NU-sjukvårdens medarbetare meriterat sig med såväl flertal vetenskapliga examina som upprepade publikationer i granskade vetenskapliga tidskrifter. Överläkare och med. dr. Niklas Ekerstad har under 2014 fortsatt att rekrytera patienter till sitt MÄVA-projekt (TREE-studien) som syftar till att kartlägga möjligheten att förbättra omhändertagandet av sköra äldre patienter. Projektet går nu in i sitt slutskede i och med att över 300 patienter rekryterats. Projektledaren räknar med att målet 400 rekryterade patienter kommer att uppnås under 2015. Docent Marcus Lind har under 2014, i sin funktion som forskningsledare inom ämnet diabetologi, utmärkt sig och NU-sjukvården genom upprepade publikationer i olika granskade tidskrifter, där publikationen i New England Journal of Medicine utgör höjdpunkten under året. Marcus Lind har också lyckats knyta flera forskarstuderande till sin grupp under året.

NU-sjukvårdens infektionsklinik på NÄL fick under året Svenska Infektionsläkarföreningens Kvalitetspris. Priset utdelas för "Berömvärt rapportering till Nationella Kvalitetsregistret för Infektionssjukdomar". Syftet med priset är att stimulera till hög rapporteringsfrekvens. Kvalitetsregistret gäller för diagnoserna pneumoni, svår sepsis, bakteriell meningit och endokardit.

NU-sjukvården har saknat en långsiktig planering för lokaler. Under året har en plan arbetats fram som godkändes av styrelsen i november. I planen beskrivs verksamheternas lokalbehov samlade, tillsammans med förslag till lösningar. Med planen som underlag kan ledningen fatta beslut om vilka lokalförändringar som ska prioriteras, i visshet om att det ligger i linje med nu kända framtida lokalbehov. Planen kommer att revideras årligen för att följa förändrade lokalbehov i samband med verksamhetens utveckling. Under slutet av året har förstudier av två stora strategiska lokalprojekt påbörjats, ett nytt operationshus i Uddevalla och ombyggnation av neonatalavdelningen på NÄL.

Sjukhusdirektören har beslutat att sjukhuset omformas från dagens fem områden till tre ungefär lika stora områden. Sjukhusdirektörens bedömning är att en organisation med färre och jämnstora områden stöder förändringsarbetet bättre och skapar lika förutsättningar för effektiviseringar. Med färre områden flyttas besluten närmare patienterna genom att verksamhetschefernas roll stärks. Områdescheferna får en mer sjukhusövergripande roll. Sjukhusövergripande forum som strategisk utvecklingsgrupp får en ökad tyngd som organisationens sammanhållande kitt.

2.3.5 Verksamhetens mål

NU-sjukvårdens strategiska mål i medborgar-/patientperspektivet är *Värde för patienten*, dvs

- Hög kvalitet
- Säker vård
- God tillgänglighet
- Utveckla ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete

Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
P 1 Hög kvalitet				
a) Arbeta med att öka patientmedverkan i vården	Områdeschef	Patientupplevd kvalitet avseende delaktighet ska öka.	Ökning med 1 enhet (PUK). Enligt VÖK ska PUK ≥ 76.	Slutenvård somatik PUK 74 Öppenvård somatik PUK 81 Slutenvård psyk PUK 69 Öppenvård psyk PUK 48
b) Utveckla Samverkande sjukvård	Områdeschef	Etablerat i samtliga Tre-stadskommuner (Trollhättan, Uddevalla, Vänersborg).	100 procent	Ej implementerat men planering pågår för implementering 2015.
P 2 Säker Vård				
a) Utveckla arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner VRI.	Chefläkare	Andel patienter med VRI i PPM per mätning.	≤8 procent	9 procent.
b) Utveckla arbetet med att minska antal vårdskador	Chefläkare	Vårdskador i markörbase-rad journal-granskning (MJG) ska minska.	Minskning med 1 procentenhet jämfört med 2012.	Andelen skador har minskat med en procentenhet till 8,6 procent men andelen vårdskador har ökat från 4,6 till 5,3.
c) Arbeta systematiskt med att öka andelen penicillin (PC) vid antibiotika-behandling i vården med aktiv uppföljning via infektionsverktyget	STRAMA-ansvarig läkare	Andel PC/(PC+Cefalosporiner) i Infektionsverktyget.	> 55 procent	Målet uppnått (76 procent).
P 3 God tillgänglighet				
a) Erbjud tid till planerat återbesök	Områdeschef	Andel patienter inom 4 veckor från plan.	> 90 procent	Ej utsökbart.
b) Arbeta med att korta TTL akutmottagning för prioriterade patienter	Områdeschef	Andel inom 1 timme.	> 60 procent	Mål ej uppnått.

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
c) Införa patientstyrd tidsbokning	Områdeschef	Andel av verksamheterna som infört patientstyrd tidsbokning.	100 procent	I dagsläget använder de flesta enheterna inom specialistmedicin patientstyrd tidsbokning. Endoskopienheten har börjat användningen och avsikten är att helt gå över till det. Även kvinnokliniken använder upplägget.
P 4 Utveckla ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete				
a) Rökstopp inför operation	Chefsjuksköterska Områdeschef	Andel av aktuella verksamheter som har rutiner och arbetar systematiskt med rökstopp inför operation.	≥ 50 procent	Alla opererande enheter arbetar med rökstopp inför operation. Uppföljning för förbättringar planeras våren 2015.
b) FAR	Chefsjuksköterska Områdeschef	Andel av relevanta verksamheter som har rutiner och arbetar systematiskt med FAR.	≥ 50 procent av relevanta enheter	75 procent av relevanta enheter arbetar med FaR.
c) Kunskap om matens betydelse för hälsa	Chefsjuksköterska Områdeschef	Antal pilotenheter inom slutenvårds respektive öppenvård som arbetar systematiskt med information till patienterna om hälsosamma matvanor enligt SoS förslag.	2 enheter (en öppenvårds och en slutenvårdsenhet)	Flera enheter inom psykiatri arbetar med ökad kunskap om Matens betydelse för hälsan.
d) AUDIT-C	Chefsjuksköterska Områdeschef	Andel enheter som arbetar systematiskt med AUDIT, med minst 50 procent utförda skattningar kvartalsvis.	> 25 procent	Inom NU-sjukvården som helhet tillämpas screening med Audit-C på 68 procent av sjukhusets mottagningar och avdelningar (psykiatri, barnkliniken och BUP ej inkluderade).

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
e) Utveckla det systematiska arbetet kring våld i nära relationer	Områdeschef	Antal genomförda sjukhusövergripande projekt för att öka kunskapen och arbeta systematiskt.	Inom två verksamheter (KK+barn)	Verksamheterna arbetar aktivt inom "Våld i nära relationer", där barnläkare är ordförande i en arbetsgrupp som arbetar med våld i nära relationer, barn som bevittnat våld och barn som lever med sjuk närstående. Rutin har framtagits, beslutats i sjukhusledningen och intern hemsida har skapats som stöd i dagligt arbete. Arbetet ska utvärderas av Socialstyrelsen och VKV.
f) Systematiskt arbete med vaccination av patienter och personal	Chefläkare	Andel enheter som infört sjukhusövergripande vaccinationsprogram för patienter och personal.	100 procent	Ej genomfört.

Patientsäkerhetskulturen bland chefer och medarbetare är grunden för Säker Vård. Det finns en handlingsplan för NU-sjukvården och verksamheterna tar fram egna handlingsplaner för detta arbete, med en strävan att arbeta systematiskt med dessa frågor. Under 2014 genomfördes dialogmöten med klinikerna där samtliga perspektiv ingår.

NU-sjukvården har tagit fram standardvårdplaner gällande trycksår, förebyggande av infektioner vid centrala venösa katetrar och fallskador och dessa ska användas. Fortsatt arbete med patientmedverkan, att förebygga vårdrelaterade infektioner och vårdskador ska ingå i de förbättringsarbeten som startas.

Verksamheterna ska tydliggöra resultatet av alla tillbuds- och avvikelserapporter och använda dessa i förbättringsarbeten. Arbetet med risk- och händelseanalyser kommer att utvecklas vidare och samordnas mer på sjukhusövergripande nivå.

Under 2014 har infektionsverktyget implementeras. Syftet är att förebygga vårdrelaterade infektioner, förbättra kvaliteten i användningen av antibiotika och att förhindra spridning av multiresistenta bakterier (STRAMA-arbete). Dessutom fortsatt arbete med läkemedelshantering och läkemedelsfel i vårdens övergångar genom att följa NU-sjukvårdens rutin för läkemedelsdokumentation i verksamheterna.

Organisationen av NU-sjukvårdens hjärt- och lungräddningsverksamhet (HLR) har reviderats och förstärkts.

En viktig fråga ur ett patientperspektiv är det fortsatta arbetet med att säkra en ändamålsenlig och effektiv sjukskrivningsprocess i enlighet med NU-sjukvårdens ledningssystem.

Under året har följande aktiviteter genomförts inom sjukskrivningsprocessen

- dialogmöten ute i verksamheterna (11 av 12) med diskussion och information runt försäkringsmedicinska frågor
- jämställd sjukskrivning med fokus på *Våld i nära relationer*. Rutin har tagits fram, utbildningsaktiviteter anordnats och arbetsgrupper har startat upp på framför allt kvinnokliniken
- projekt *Förstärkt bedömning* har permanentat inom ortopedkliniken. Syftet är att ge bättre underlag för rehabilitering och sjukskrivning

- nio olika utbildningar i försäkringsmedicin har genomförts för AT-läkare, ST-läkare och icke sjukskrivande personal
- säker rutin runt bevakningsfunktionen har gått igenom och följs upp med samtliga verksamheter och fungerar idag bra
- funktionen *Mina intyg* är en ny e-tjänst som har införts och ger ansvar och delaktighet för patienterna
- en nationell intygstjänst har introducerats. Det innebär att det blir enklare att ta ut sjukskrivningsstatistik och att kunna göra jämförelser nationellt
- under 2014 signerades 19 700 e-Li; 56 procent avsåg kvinnor och 44 procent män. Detta innebär en ökning med 1 400 intyg sedan föregående år. Fördelningen kvinnor/män är lägre än totala fördelningen nationellt sett, där kvinnor står för närmare två tredjedelar av alla sjukskrivningar
- funktionen med rehabkoordinator har introducerats inom de mest sjukskrivningsintensiva verksamheterna; ortopedi/kirurgi, psykiatri samt neuro/rehab och specialistmedicin. Huvuduppgift är att koordinera rehabinsatser och samordning med andra aktörer
- hemsidor för *Våld i nära relation* och *Rehabkoordinator* har skapats.

Ett annat viktigt område som fortsatt som planerat för år 2014 är det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i NU-sjukvården, som kommer att fokusera på kost, alkohol, tobak, fysisk aktivitet och våld i nära relationer.

En handlingsplan har tagits fram med anledning av ebolautbrotten och följs regelbundet upp av en särskild arbetsgrupp.

2.3.6 Verksamhetsperspektiv

NU-sjukvårdens strategiska mål i verksamhetsperspektivet handlar om: *Ständig förbättring*, dvs

- Etablera standardiserat arbetssätt för vårdprocesser
- Utveckla säkerhetskulturen/reducera vårdskadorna
- Systematisk medicinsk uppföljning
- Inga överbeläggningar/utlokaliserade patienter

Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
V 1 Etablera standardiserat arbetssätt för vårdprocesser				
a) Regionala vårdprocesser	Områdeschef	Implementerade vårdprocesser.	100 procent	100 procent av de regionala vårdprocesserna är implementerade • Lunginflammation <i>Lunginflammation följer det regionala vårdprogrammet men standardvårdplanen i Melior är inte tekniskt klar.</i> • Framfall • Höftledsplastik • Knäledsplastik

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
b) Utveckla akutprocessen	Områdeschef	Medelvårdtid akutinlagda patienter.	Minskning 10 procent jfr 2013.	Medelvårdtiden 2014 uppgick till 5,5 (2013 = 6,0). Innebär en sänkning av medelvårdtiden med 0,5, målet var 0,6. Medför att medelvårdtiden 2014 för akutinlagda patienter sänktes med 8 procent.
c) Stroke-, bröst-, prostata-processen	Områdeschef	Måluppfyllnad	90 procent av processinterna mål.	90 procent av processinterna mål klaras för processerna. Medelvårdtiderna är oförändrade.
V 2 Utveckla säkerhetskulturen och reducera vårdskador				
a) Implementera handlingsplan	Områdeschef	Andel avdelningar som genomfört åtgärderna/tagit fram egen handlingsplan.	75 procent	100 procent
b) Följa upp standardvårdplan trycksår	Områdeschef	Andel av riskpatienter, där riskbedömning genomförts enligt standardvårdplan.	80 procent	68 procent Andel genomförda riskbedömningar har ökat under hösten. Vårdpersonalen genomför riskbedömningar till 100 procent men fortfarande saknas kunskap om hur det ska dokumenteras i patientjournalen.
c) Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK).	Områdeschef	Följsamhet till BHK.	>90 procent	Målet nått. Följsamhet till basala hygienrutiner 88 procent och till klädregler 99 procent.
V 3 Systematisk medicinsk uppföljning				
a) Uppfylla kvalitetsmål enligt vårdöverenskommelsen (VÖK)	Områdeschef Stabschef	Andel verksamhet som uppfyller full ersättning enligt VÖK.	100 procent	99 procent (avdrag 2 mnkr för ej uppnått mål kring patientsäkerhet av total målrelaterad ersättning på 107 mnkr).
V 4 Inga överbeläggningar/utlokaliserade patienter				
a) Korta medelvårdtider	Områdeschef	Genomsnittligt minskad medelvårdtid enligt "best practise" i planerad vård.	10 procent jfr 2013.	Medelvårdtiden för perioden januari-december 2014 har ökat med 2,7 procent, jämfört med samma period föregående år.
b) Effektiva vårdprocesser och säker utskrivning. Utskrivning som säkerställer väl-informerad patient och god informationsöverföring till kommun och primärvård.	Områdeschef	Minska återinläggningar.	10 procents färre återinläggningar.	Andel återinskrivningar är 4 procent och oförändrat jämfört med år 2013.
c) Samverkan med kommuner och primärvård (minskas UKP)	Områdeschef	Ökad hemtagning av utskrivningsklara patienter (UKP).	50 procent mindre intäkter för UKP (efter karens-tid) jämfört med 2013.	Målet att halvera intäkter från kommunerna har inte uppnåtts. Intäkterna har istället ökat med 44 procent. Lilla Edet, Uddevalla och Trollhättan står för den största ökningen.

2.3.7 Kommunikation

NU-sjukvården har under året fokuserat på att utveckla arbetet med sociala medier, genom att starta officiella kanaler på Facebook, Twitter och Youtube. Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Mått	Måluppfyllelse
Kartlägga hur våra patient- och pensionärsorganisationer upplever dialogen med NU-sjukvården.	Stabschef	Skapa en bild av vilka insatser som ger bäst effekt.	Genomfört ja/nej	Ej genomfört
Utveckla NU-sjukvårdens arbete med sociala medier.	Stabschef	Prova nya sätt till dialog med invånarna, enligt särskilt framtagna plan.	Genomfört ja/nej	Genomfört. NU-sjukvården har under 2014 startat officiella sidor och konton i sociala medier, som Facebook, Twitter och Youtube, för kommunikation och dialog med patienter och allmänhet. Facebook-kontot har även använts för rekrytering och varit en uppskattad kanal för befintliga medarbetare. Den 31 december 2014 hade NU-sjukvårdens officiella Facebook-sida 580 gillare och på Twitter 30 följare.
Översyn av möjligheterna att utnyttja sociala medier för patientkommunikation.	Områdeschef Stabschef	Identifiera utvecklingsbehov i varje område.	Genomfört ja/nej	Ej genomfört inom alla områden. Utarbetandet av en mobil-app för information till dialyspatienter pågår.
Kommunicera hur förändringarna i akutsjukvården påverkar invånarna, i samband med flytten av akutortopedin.	Områdeschef Stabschef	Ingen patient ska drabbas av komplikationer till följd av att ha sökt vård på fel sjukhus.	Antal avvikelser	Ej genomfört, då tidpunkten för flytten av akutortopedin skjutits fram.

2.3.8 Verksamhetens miljöarbete

Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
NU-sjukvårdens medarbetare ska genomföra grundläggande miljöutbildning via regionens webbaserade miljöutbildning.	Områdeschef	Andel av NU-sjukvårdens medarbetare som genomfört grundläggande miljöutbildning.	80 procent	71 procent har genomfört webbaserad miljöutbildning i NU-sjukvården.
Miljöpåverkan från våra transporter ska minska.	Områdeschef	Antalet resta mil med privat bil i tjänsten ska minska.	Minskning med 10 procent jämfört med 2012.	Mil: Ökning med 9 procent. Kostnad: Resor med egen bil och korttidsleasing av bil har minskat med 14 procent mellan 2013 och 2014.

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
Verksamheten ska följa lagar och EU:s avfallstrappa, enligt miljöledningssystemet.	Områdeschef	Andel källsorterat avfall ska öka.	Minst 60 procent källsorterat avfall.	52 procent av det totala avfallet är källsorterat avfall.
Verksamheten följa regionfullmäktiges antagna kemikaliestrategi.	Områdeschef	Andel miljö- och hälsofarliga ämnen ska minska.	Minskning med 35 procent jämfört med 2010.	31 procent minskning av samtliga utfasningsämnen. Dock 100 procent av regionens prioriterade ämnen Hydrokinon, Glutaraldehyd och Bronopol.
Verksamheten ska följa NU-sjukvårdens miljölednings-system (MLS).	Områdeschef	Andel reviderade enheter ska ha en handlingsplan för miljöarbetet.	100 procent	35 procent av reviderade enheter har en handlingsplan för miljöarbetet.

Miljöutbildning

- Under 2014 har alla nyanställda medarbetare fått information om den webbaserade miljöutbildningen vid introduktion för nyanställda.
- Vid miljöinformationen under "Ny chefsutbildningen" har miljöenheten informerat nya chefer om miljöutbildningsmålet och vikten av att den genomförs av samtliga medarbetare.
- Cirka 30 av NU-sjukvårdens miljöombud deltog vid en utbildningsdag i Lovécentret på Tjörn i maj 2014. Dagen inriktade sig på marinbiologi med både fält- och salsstudier.

Transporter

- Information om resfria möten med hjälp av tekniska hjälpmedel så som Lync och videomöten.

Avfall

- Avfallsprojekt NÄL: Upprustning av uppsamlingsrum för avfall, IVA/Infektion och BB/Förlossning
- Uddevalla sjukhus: Ett av sjukhusen som ingår i det regiongemensamma projektet, hur förbrukningsmaterial kan minskas vid operationer.

Kemikalier

- NU-sjukvårdens kemikalieombud har erbjudits utbildning i kemikaliehanteringssystemet vid tre tillfällen under året.
- NU-sjukvårdens miljösamordnare deltar i det regiongemensamma projektet "Giftfritt väntrum".

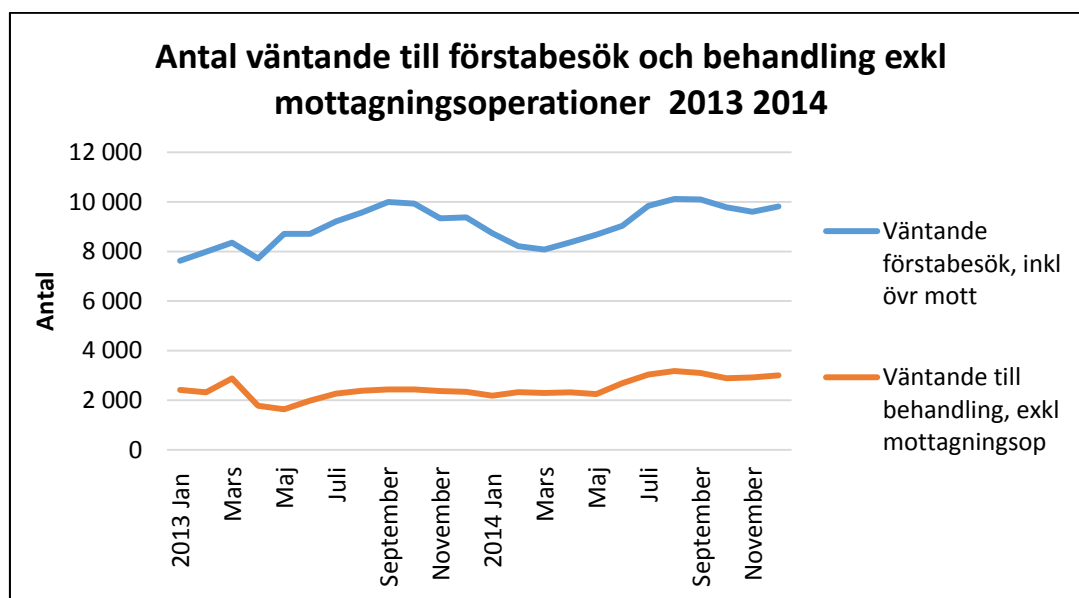
Miljöledningssystem

- Under året har miljöenheten genomfört 36 stycken revisionsintervjuer på område Opererande specialiteter samt Barn- och kvinnosjukvård.
- En miljösamordnare samt en miljökoordinator i NU-sjukvården har genomfört en två dagars utbildning till internrevisor i miljö.

2.4 Vårdgaranti – tillgänglighet

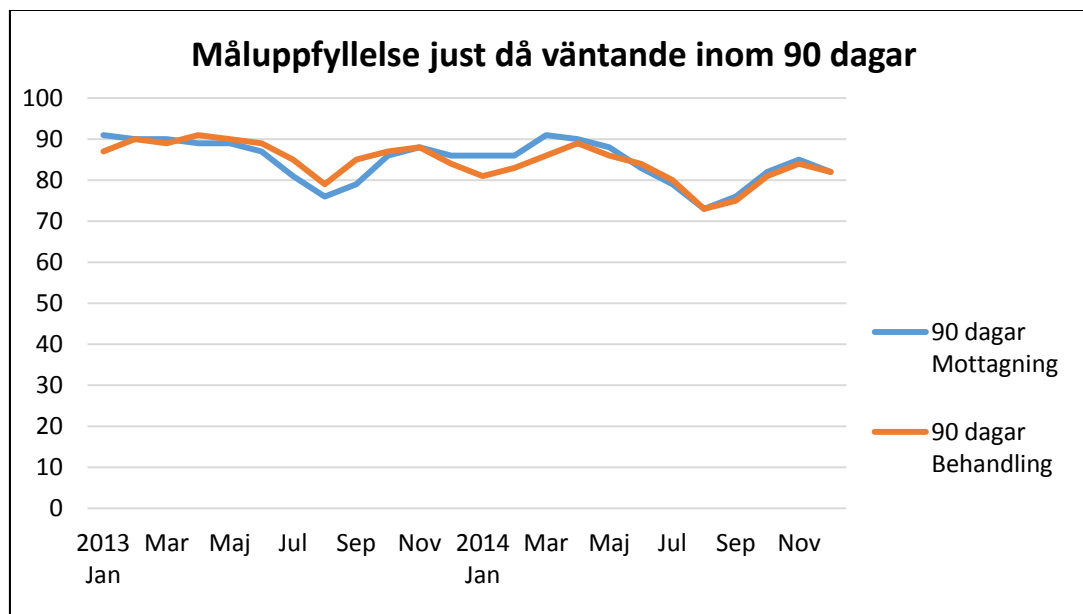
NU-sjukvården arbetade aktivt under året med att klara både den nationella och den regionala vårdgarantin. De ekonomiska ramarna var under året begränsade, vilket medförde att lägst prioriterad produktion inte har kunnat utföras i önskad omfattning och vårdgarantin har inte klarats. Tillgängligheten blev något sämre än under 2013, trots att NU-sjukvårdens produktion översteg beställda volymer.

- Avtal med vårdgivare för köp av garantivård med regionala medel fanns under året att tillgå inom ortopedi- och ögonområdet.
- Alla verksamheter arbetade med att förbättra sin produktions- och kapacitetsplanering.
- Mätning av måluppfyllelse vårdgaranti (90 dagar) och 60 dagar sker varje vecka i NU-sjukvården.
- Totalt antal väntande till förstabesök ökade under året med 434 patienter till 9 812, en ökning med 5 procent.
- Väntande till behandling (exkl mottagningsoperationer) ökade med 664 patienter till 3 001, en ökning med 29 procent.

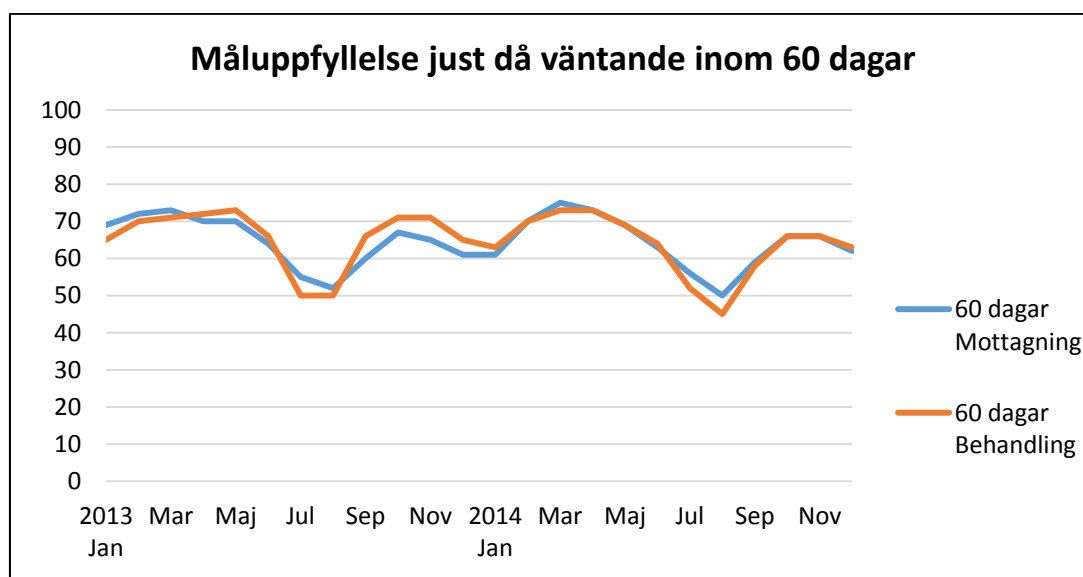


Ett prioriterat mål under året var att minska antalet patienter som väntat >90 dagar till förstabesök, vilket resulterade i att antalet väntande >90 dagar sjönk från 2 372 i januari till 1 330 i maj. Under sommarmånaderna ökade antalet väntande >90 dagar åter och resultatet blev 100 färre väntande >90 dagar till förstabesök i december 2014 jämfört med januari 2014.

I december 2013 hade 86 procent av totalt antal väntande till förstabesök och 84 procent av väntande till behandling väntat kortare tid än 90 dagar att jämföra med december 2014, då måluppfyllelsen var 82 procent för både förstabesök och behandlingar.



Måluppfyllelse 60 dagar för förstabesök var i december 62 procent (61 procent december 2013) och behandlingar klarades med 63 procent (65 procent december 2013).



78 procent av utförda besök med välgrundad misstanke om cancer fick besöken utförda inom 14 dagar i december 2014, vilket var en låg måluppfyllelse jämfört med övriga månader under året. Genomsnittet för året blev 90 procent, vilket är 2 procentenheter bättre än föregående år.

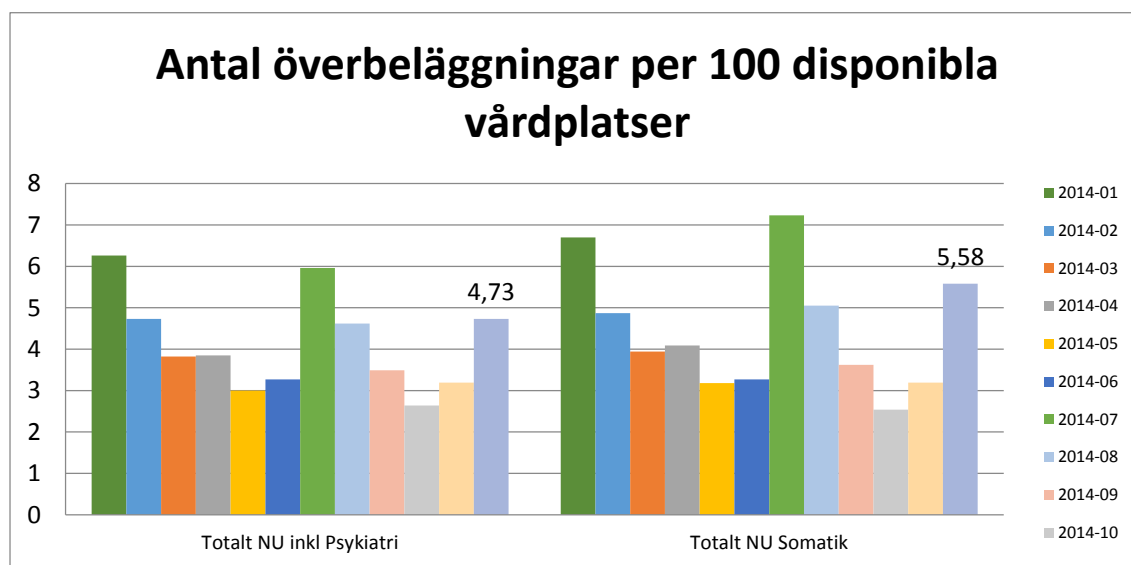
Tillgängligheten till förstabesök vid BUP-verksamheten försämrades under året. I december väntande 132 patienter (109 patienter 2013) på sitt förstabesök. 82 procent (88 procent i december 2013) av dessa hade väntat kortare tid än 30 dagar.

2.5 Beläggning

Beläggningsgrad procent	Utfall 2014	Utfall 2013
Januari	99,1	99,9
Februari	97,8	98,2
Mars	96,3	98,2
April	96,7	98,2
Maj	96,8	95,1
Juni	92,0	94,1
Juli	99,5	95,7
Augusti	97,5	95,5
September	96,7	96,7
Oktober	93,8	95,9
November	94,3	96,8
December	96,6	92,1

Beläggningsgrad: Patientantal i förhållande till disponibla vårdplatser för hela dygnet.

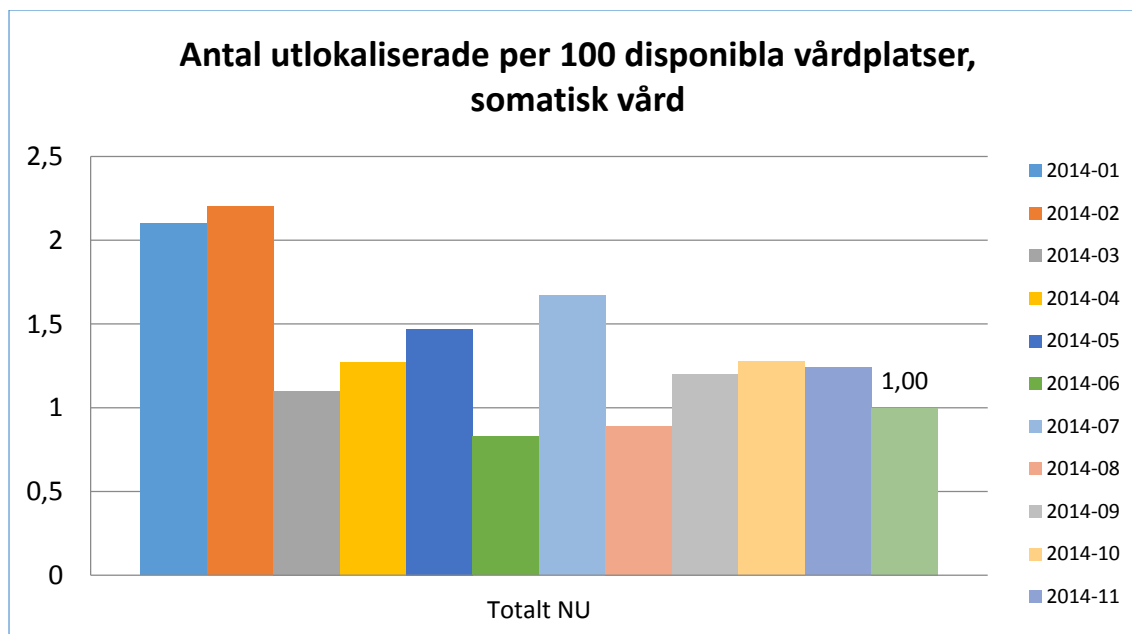
Beläggningsgraden har över tid minskat men i december var beläggningsgraden hög. En orsak till ökningen var att avdelningar varit tvungna att stänga eller minska antal vårdplatser på grund av sjuksköterskebrist.



Definition: Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser erhålls genom att antal disponibla vårdplatser kl 06:00 för aktuell dag subtraheras från antal inskrivna patienter kl 06:00 aktuell dag för respektive vårdenheter och divideras med antal disponibla vårdplatser kl 06:00.

Antal överbeläggningar per 100 vårdplatser varierade över tid under året. Under sommar och jul ökade antal överbeläggningar, främst på grund av sjuksköterskebrist.

Antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser exklusive psykiatri var i december månad 5,58. Inklusive psykiatri var antalet överbeläggningar 4,73. För december föregående år var antal överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser 3,3 (somatisk vård).



Antal utlokaliserade patienter har, efter att ha varit många i början på året, minskat över tid. Det är inom område medicin och akut samt barn- och kvinnosjukvård som minskningen skett.

2.6 Prestationer

Produktionsutfall tom december 2014 och 2013 inkl viktjustering och 24-timmarsvård					
Produktion, inom- och utom-regional	Utfall 2014	Budget 2014	Utfall 2013	Avvikelse budget %	Förändring 2013-2014 %
Slutenvård enligt DRG					
Vårdtillfällen	42 902	39 786	42 600	7,8	0,7
Poäng	39 452	36 246	38 722	8,8	1,9
Övrig slutenvård, vårddygn	55 893	52 599	56 855	6,3	-1,7
Öppenvård besök	450 256	455 955	448 260	-1,2	0,4
Sammanvägda prestationer	77 285	74 996	75 980	3,1	1,7
CMI (Case Mix Index) ^{1/}	0,92	0,91	0,91	0,9	1,2

^{1/} CMI avser genomsnittlig vårdtyngd

NU-sjukvårdens produktion av slutenvård uppgick till 7,8 procent över budget. Öppenvårdsbesök avvek från plan med -1,2 procent, där läkarbesök inom somatisk och vuxenpsykiatrisk vård inte nådde upp till planerade läkarbesök. Det var framförallt läkarbesök till akuten som minskade.

Jämfört med föregående år ökade den sammanvägda produktionen med 1,7 procent. Ökningen skedde inom både öppenvård (sjukvårdande behandlingar) och slutenvård. Ökningen inom slutenvården var främst inom område medicin och akut samt område barn och kvinnosjukvård. Antalet förlossningar 2014 uppgick till 3 466 (3 323 föregående år) och var 266 fler än plan, där ökningen delvis berodde på ökad inströmning från SU och SkaS. En annan orsak till ökningen var att neonatalavdelningen tog emot patienter från andra sjukhus inom regionen.

Inom öppenvården ökade sjukvårdande behandlingar inom den somatiska vården med 6,9 procent medan de minskade inom psykiatrin med 5,3 procent. En orsak till minskningen är kompetensbrist.

Läkarbesök ökade med en procent trots att läkarbesök till akutmottagningen minskade med 8 procent. En orsak till minskningen på akutmottagningen är att ambulanstransport i allt större utsträckning vänder sig till rätt vårdnivå, dvs färre transporter når akutmottagningen och istället går till primärvård eller kommun.

NU-sjukvården fick extra ersättning för tillgänglighetssatsningar inom ortopedi (ryggar och övrig ortopedi), urologi, hud, koloskopier, obesitas och allmänkirurgi.

	Utfall 2014			Utfall 2013			Förändring 2013-2014 i procent		
	Kv	Män	Total	Kv	Män	Total	Kv	Män	Total
Antal sammanvägda prestationer	42 110	35 175	77 285	41 495	34 487	75 977	1,5	2,0	1,7

Av den totala patienttillströmningen är andel kvinnor högre än män inom både sluten- och öppenvården förutom inom psykiatrin. Andel kvinnor, 55 procent och män 45 procent är oförändrad jämfört med samma period föregående år.

PK-mallen

Regionen följer upp produktion av första besök och behandlingar i den s k PK-mallen. För 2014 producerade NU-sjukvården cirka 2 500 fler förstabesök och cirka 800 fler behandlingar än 2013. Jämfört med plan ligger produktionen högre, både avseende första besök och behandlingar.

2.7 Patientsäkerhetsarbetet

Nya och reviderade rutiner för hantering av IVO-ärenden samt händelseanalys har tagits fram. Syftet är att höja kvalitén och uppfylla kraven i SOSFS 2005:28.

Stimulansmedel för patientsäkerhet har bland annat använts för att köpa tryckavlastande madrasser till somatiska avdelningar och ett förvaltningsgemensamt deltagande på den nationella patientsäkerhetskonferensen. Dessutom har det arrangerats en temadag kring patientsäkerhet med medverkan från styrelsen, ledning, medarbetare och fackliga representanter. En ny handlingsplan i patientsäkerhet har utarbetats i samverkan med verksamhetsrepresentanter.

Patientsäkerhetsberättelse ingår som bilaga 2 i årsredovisningen.

3. Personal

En stor utmaning för NU-sjukvården är kompetensförsörjning och arbetsmiljöfrågor. Ett systematiskt arbete har bedrivits enligt regiongemensam modell för kompetensförsörjning som kompletterades med workshops för chefer. Resultatet har sammanställts i en kompetensförsörjningsplan för år 2014 – 2018. Ledningen har prioriterat aktiviteter på förvaltningsnivå och NU-sjukvårdens styrelse har tagit del av planen. Kompetensförsörjningsplanen ligger till grund för beslut och aktiviteter både på förvaltningsnivå och verksamhetsnivå. Kompetensutveckling planeras och genomförs till största delen decentraliserat i linjeorganisationen.

För att förbättra arbetsmiljön har en pilotverksamhet införts för sjuksköterskor med helgtjänstgöring endast två av fem helger och nattlägg.

Medarbetarskap & Ledarskap (M&L)

Det långsiktiga arbetet med M&L fortsätter, där NU-sjukvården menar att filosofin ska integreras i alla sammanhang och skapa en lärande kultur som syftar till att generera en god arbetsplats och stolthet för verksamheten. En inspirationsträff har genomförts för chefer för att introducera en ny fördjupad flik om samspel och kommunikation. NU-sjukvårdens chefsprogram bygger på filosofin och metoderna i M&L och många chefer uttrycker att man medvetet tillämpar det i det dagliga arbetet.

Ersättnadsplanering för chefer på förvaltnings- och områdesnivå har påbörjats. Rutiner för chefsförsörjning till chefskandidatprogrammet fungerar väl. Under året har 30 chefsrekryteringar genomförts. Chefer medverkar i regionens kursverksamhet/program. Nya chefer deltar i NU-sjukvårdens introduktion och chefsprogram, där utvärdering visar att det är mycket uppskattat. En kurs i juridik för verksamhetschefer har genomförts som nu ingår i regionens kurskatalog.

De sjukhusövergripande kompetensförsörjningsaktiviteterna 2014 har utgjorts av:

- 10 utbildningsbefattningar i specialistsjuksköterskeprogram med start ht 2013, och 19 utbildningsbefattningar i specialistsjuksköterskeprogram med start ht 2014 där ordinarie arbete varvas med halvfartsstudier, finansierat med regiongemensamma medel
- 24 platser för utbildning till specialistsjuksköterska med NU-sjukvårdens utbildningsbidrag
- Förstärkt yrkesintroduktion för 70 nyexaminerade sjuksköterskor
- Kurs i akutsjukvård för 33 undersköterskor, regionalt anslag för baspersonal
- Fortbildningskurs för 14 skötare, regionalt anslag för baspersonal
- Utbildning för 14 erfarna undersköterskor till ambulanssjukvårdare
- Etikföreläsning för medicinska sekreterare
- Kurser i telefonrådgivning för sjukvårdspersonal
- Förbättringskunskap 7,5 hp med 25 deltagare, uppdragsutbildning
- Juridik för verksamhetschefer
- Handledarutbildning för specialistläkare.

NU-sjukvårdens strategi med att öka antalet specialistutbildade sjuksköterskor fortsätter genom att ge utbildningsbidrag och utbildningsbefattningar, där en bra utbildningstakt hålls. Med fortsatt regionalt anslag för kompetensutveckling för baspersonal har ytterligare utbildningar genomförts i akutsjukvård för undersköterskor och en fortbildning för skötare genom Kunskapsförbundets vuxenutbildning.

En uppmärksam satsning var den utbildning som NU-sjukvården genomförde för erfarna undersköterskor till ambulanssjukvårdare. Det var ett stort intresse till platserna med kvalificerat urvalsförfarande. Utbildningen varvade teori med praktisk utbildning i ambulansverksamheten och bidrog bland annat till att bemanningen för ambulansen blev bättre under sommaren. 14 ambulanssjukvårdare examinerades i december 2014.

Förnyad ansökan till myndigheten för yrkeshögskolan om utbildning för Medicinsk sekreterare i Vänersborg fick avslag och med anledning av det deltog arbetsgivaren i möte med myndigheten.

Kollektivtrafiken har lyfts fram både i miljöarbete och i kompetensförsörjningsplanen så ett samarbete inleddes med Västtrafik. För att påverka den tidtabell som läggs om vid årsskiftet genomförde bussföretaget Nomina en enkät till NU-sjukvårdens medarbetare för att anpassa kollektivtrafiken efter sjukvårdens arbetstider. På så vis kan NU-sjukvården bli en mer attraktiv arbetsgivare för de som pendlar, exempelvis från Göteborg.

Kompetensförsörjningsplanen visar på en kompetensbrist vad gäller specialistläkare inom flertalet verksamheter. Under 2014 har 13 specialistläkare kommit till Sverige och börjat sin tjänstgöring, varav sju är rekryterade via Paragona. Två av dessa har tyvärr ångrat sig och åkt tillbaka till sitt hemland. Sex specialistläkare (egna rekryteringar) har sökt via annons eller kommit i kontakt med sjukhuset genom kontakter. Två är rekryterade via rekryteringsresa till Valencia, Spanien i samarbete med EURES och kommer till Sverige i januari 2015. Det är specialister inom patologi, kardiologi, gynekologi, geriatrik, kirurgi, rehabmedicin och psykiatri som kommer från Bulgarien, Ungern, Spanien, Italien, Serbien och Rumänien.

Fem läkare har deltagit i regionens pilotprogram för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård för utlandsutbildad personal (PLUS). Vid egna rekryteringar är rekryteringsenheten behjälpliga med arrangemang kring språkundervisning, legitimation, migrationsrätt, bostadsletande m m. Ett samarbete inleddes under året med Vuxenutbildningen i Uddevalla som startat en utbildning för invandrande läkare.

NU-sjukvården har idag Sveriges största AT-enhet och hade under året cirka 50 kliniskt godkända legitimerade läkare. En viktig strategi är att ge fler av AT-läkarna möjlighet till ST-tjänstgöring, då det på sikt ger specialistläkare som är kvalitetssäkrade samt kan de lokala rutinerna.

Kliniska delar av läkarutbildningen kommer att förläggas till NU-sjukvården. Satsningen på att ta emot läkarstuderande som gör sin kliniska tjänstgöring här är ytterligare ett led i arbetet att säkra kompetensförsörjningen och att stärka NU-sjukvården som attraktiv arbetsgivare. För sjukhusets del innebär det dessutom ett viktigt lärande genom att de studerande tillför ny kunskap.

Vakanta sjukskötersketjänster och bristen på framför allt sjuksköterskevikarier inför sommaren krävde ett intensivt arbete med att rekrytera både på kort och lång sikt. Bland aktiviteterna kan nämnas

- annonsering på nätet, media och i sociala medier,
- affischering på högskolor,
- deltagande på vårdmässor, arbetsförmedlingar och högskolor/universitet på olika orter,
- öppet hus och jobbevent för studenter och sjuksköterskor,
- introduktionsprogram för sjuksköterskestudenter termin 2 - 6 med syftet att NU-sjukvården blir en naturlig del i deras utbildning,
- studiebesök på det nya sjukhuset i Norge,
- sjuksköterskedagen, ett arrangemang mellan NU-sjukvården och Högskolan Väst är ett nytt koncept som kommer att vara återkommande en gång per termin med syfte att få till ett kunskapsutbyte mellan studenter, verksamhet och allmänhet,
- ambulansverksamheten har genomfört marknadsföringsinsatser med skolbesök, intresseanmälningar via webben och after work, vilket resulterade i att flera sjuksköterskor anställdes.

Ett framgångsrikt sätt var att rekryteringsenheten ringde sjuksköterskestudenter i avgångsklasserna på Högskolan Väst och etablerade en personlig kontakt. NU-sjukvården fick 7,4 mkr för att anställa nyutexaminerade sjuksköterskor på förstärkt yrkesintroduktion, vilket bidrog till att 70 sjuksköterskor kunde anställas. Utvärdering av den förstärkta yrkesintroduktionen visade att sjuksköterskorna var mycket nöjda med introduktionen och de fick tid att bli trygga i sin yrkesroll och var bättre förberedda inför sommaren.

NU-sjukvården etablerade också en ny kontakt med studentkårens utskott SPUR för att nå studenterna. Konkurrensen om de nyutexaminerade sjuksköterskorna var stor, då många bor utan-

för närområdet. Trots stora ansträngningar var bristen på sjuksköterskor och även biomedicinska analytiker stor under sommaren. Bemanningsföretag anlätades men täckte inte behovet. Många pass saknades, så därför tillämpades särskild sommarersättning för extra pass.

Klinisk utbildning

- *Verksamhetsförlagd utbildning (VFU)*
NU-sjukvården har tillgodosett antalet VFU-platser enligt överenskommen basvolym för samtliga lärosäten i Västra Götaland. En ökning av utbildningsplatser vid sjuksköterskeprogrammet har möjliggjorts med 184 studentplatser, motsvarande 430 utbildningsveckor, främst på grund av att NU-sjukvården i samarbete med Högskolan Väst erbjuder studenter under termin 2 att komma till NU sjukvården. Enstaka studenter från lärosäten utanför regionen har kunnat erbjudas VFU-plats.
- *Arbetsplatsförlagt lärande (APL), Arbetsplatsförlagd utbildning (APU) och Lärande i arbetslivet (LIA)*
Beställningen av APL (ungdomsgymnasiet) och APU (vuxenutbildningen) har minskat med 105 platser. Orsak är att en utbildningsperiod har tagits bort och erbjudna platser är förlagda vid de andra perioderna för att möjliggöra utbildningsplats till termin 2 studenter i sjuksköterskeprogrammet. För medicinska sekreterare har beställningen av LIA uppfyllts till 100 procent.

Antal studerande i klinisk utbildning inom NU-sjukvården år 2014.

Program	Antal studerande	Antal veckor/år
Sjuksköterskeprogrammet	497	2 074
Röntgensjuksköterskeprogrammet	43	145
Socialpsykiatriska programmet	27	131
Arbetsterapeutprogrammet	13	53
Sjukgymnastprogrammet	23	69
Klinisk Näringslära/Dietistprogrammet	7	4
Biomedicinska analytiker	33	74
Specialistsjuksköterskeprogram	106	404
Totalt	749	2 954

Program	Antal studerande	Antal veckor/år
Omvårdnadsutbildningar inom gymnasieskola och vuxenutbildning	262	1 113
Yrkeshögskola - Hälso- och sjukvårdsadministration	30	200
Totalt	292	1 313

Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
M 1 Rätt kompetens på rätt plats utifrån verksamhetens behov				
a) Genomföra kompetensförsörjningsaktiviteter baserade på analys av Cognos Planering.	Områdeschef HR	Andel genomförda aktiviteter 2014.	100 procent	Arbete pågår inom samtliga områden.
Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
b) Effektiv bemanning	Områdeschef (sluten vård)	Andel enheter som genomfört effektiv bemanning enligt handlingsplan.	100 procent	95 procent.
c) Utveckling av funktionen kring patientdokumentation och administration.	Områdeschef	Andel enheter som genomfört aktiviteter enligt handlingsplan.	100 procent	85 procent.
d) Bemanningsservice (Time Care)	Områdeschef (kirurgklinik)	Andel enheter som implementerat bemanningsservice.	100 procent	Uppnått.
e) Översyn av chefsområden	Områdeschef	Andel enheter som uppfyllt plan.	100 procent	Uppnått.
M 2 Möjlighet till utveckling i en god arbetsmiljö				
a) Aktivt hälsoarbete för minskad sjukfrånvaro.	Områdeschef	Andel sjukfrånvaro (av arbetad tid).	5,5 procent (förvaltningsnivå)	6,3 procent.
b) Genomföra handlingsplan utifrån medarbetarenkäten 2013.	Sjukhusdirektör Områdeschef Stabschef	Andel genomförda aktiviteter utifrån framtiden NU-övergripande handlingsplan.	Minst 70 procent	70 procent.
c) Utveckla arbetssätt angående video-/telekonferenser.	Områdeschef Stabschef	Minskad kostnad för resor inom regionen	Minst 10 procents kostnadsminskning för resor med bil.	Kostnaden för resor med egen bil och korttidsleasing av bil har minskat med 14 procent mellan 2013 och 2014.
M 3 Ett aktivt och ansvarstagande medarbetarskap och ledarskap				
a) Fullfölja Medarbetarskap och ledarskap	Områdeschef	Andel kvarstående verksamheter som genomfört plan.	100 procent	85 procent.

3.2 Personalstruktur

Under 2014 har yrkesgruppen undersköterskor ökat med ca 80 månadsanställda. Det är framförallt ökning av undersköterskor på vårdavdelningar, skötare på både RPV och vuxenpsykia-

triska vårdavdelningar samt på ambulansen, där NU-sjukvården har utbildat och anställt ambulanssjukvårdare under 2014. Inom yrkesgruppen sjuksköterskor har det skett en minskning under året. I första hand är det allmänsjuksköterskor på område medicin och akut som minskat. Läkargruppen har ökat med fem månadsanställda men det är fortsatt stor brist inom ett flertal specialistområden.

Det finns en stor obalans mellan behov och tillgång av sjuksköterskor och läkare. Vid utan-
nonserade tjänster har det varit väldigt få sökande på vissa befattningar.

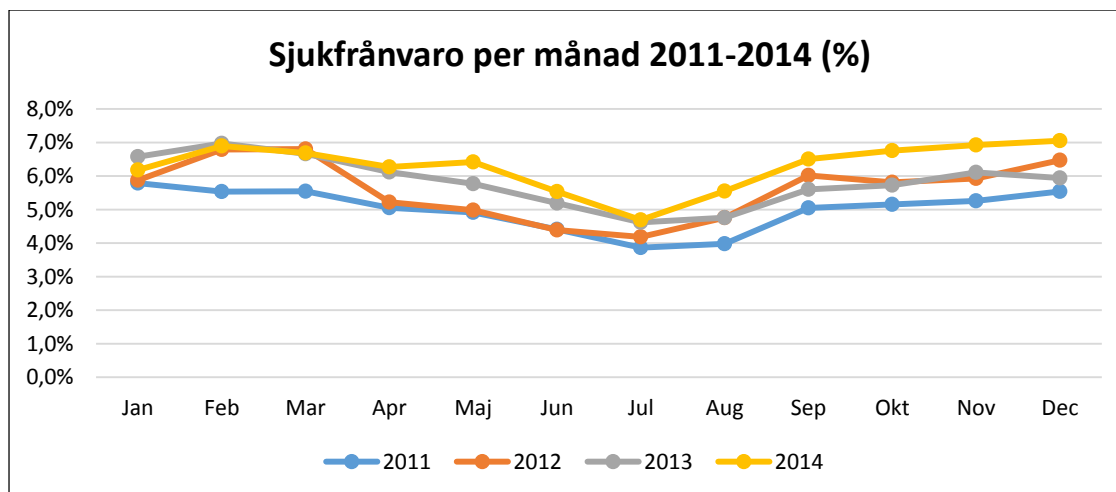
Anställningar, månadsavlönade	2014		2013		Förändring jmf 2014 med 2013	
	Antal	Andel (procent)	Antal	Andel (procent)	Antal	Andel (procent)
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 801	35,0%	1 811	35,7%	-10	-0,6%
B Undersköterskor m.fl.	1 313	25,5%	1 230	24,2%	83	6,7%
C Läkare	655	12,7%	650	12,8%	5	0,8%
D Tandläkare	7	0,1%	6	0,1%	1	16,7%
E Tandsköterskor, -hyginister m.fl.	10	0,2%	9	0,2%	1	11,1%
F Administratör, vård	385	7,5%	395	7,8%	-10	-2,5%
G Rehabilitering och förebyggande	336	6,5%	339	6,7%	-3	-0,9%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	199	3,9%	200	3,9%	-1	-0,5%
I Utbildning, kultur och fritid	16	0,3%	21	0,4%	-5	-23,8%
J Teknik, hantverkare	20	0,4%	17	0,3%	3	17,6%
K Kök, städ, tvätt	15	0,3%	12	0,2%	3	25,0%
L Administration	393	7,6%	383	7,5%	10	2,6%
Summa	5 150	100,0%	5 073	100,0%	77	1,5%

3.4 Sjukfrånvaro

Trenden med ökad sjukfrånvaro har fortsatt under 2014. Sjukfrånvaron under åren 2011-2014 framgår av nedanstående tabell.

Sjukfrånvaro	Procent
2011	5,0
2012	5,6
2013	5,8
2014	6,3

Sjukfrånvaron i NU-sjukvården per månad åren 2011-2014 framgår av nedanstående graf.



Ökningen av sjukfrånvaron har skett i de flesta större yrkesgrupper. Det är framförallt sjukfrånvaron över 60 dagar som har ökat under 2014. Under hösten 2014 har även sjukfrånvaron dag 15-59 ökat mycket.

Den totala sjukfrånvaroökningen motsvarar ca 54 250 sjukfrånvarotimmar, vilket innebär att ytterligare ca 27 nettoårsarbetare per månad är frånvarande på grund av sjukdom, jämfört med 2013. Utav dessa 27 nettoårsarbetare, är 11 anställda som sjuksköterskor och 9 som undersköterskor.

Sjukfrånvaro %	2014	2013	2012	2011
A Sjuksköterskor, barnmorskor	6,8%	6,3%	5,9%	5,1%
B Undersköterskor m.fl.	8,5%	8,0%	7,6%	6,7%
C Läkare	2,4%	2,7%	2,9%	2,5%
D Tandläkare	2,1%	0,5%	1,9%	3,4%
E Tandsköterskor, -hyginister m.fl.	12,3%	5,6%	3,0%	2,2%
F Administratör, vård	5,6%	6,1%	5,8%	5,3%
G Rehabilitering och förebyggande	6,2%	5,1%	5,3%	5,5%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	3,7%	2,8%	3,6%	3,8%
I Utbildning, kultur och fritid	4,7%	3,8%	3,2%	7,9%
J Teknik, hantverkare	5,3%	2,9%	1,8%	4,2%
K Kök, städ, tvätt	6,0%	8,8%	6,6%	3,8%
L Administration	5,6%	4,6%	3,8%	3,5%
Summa	6,3%	5,8%	5,6%	5,0%

Område barn och kvinnosjukvård har den högsta sjukfrånvaron. Det är yrkesgrupperna undersköterskor och rehabilitering som står för den största ökningen jämfört med 2013.

Sjukfrånvaro %	2014	2013
Omr Medicin och Akut	5,8%	6,0%
Omr Opererande specialiteter	6,4%	5,5%
Omr Barn- o kvinnosjukvård	7,1%	5,6%
Omr Vuxenpsykiatri	6,6%	7,1%
Omr Diagnostik	5,7%	4,6%
Ledningskansli	6,7%	5,4%
Totalt	6,3%	5,8%

Åtgärder som gjorts 2014 för att sänka sjukfrånvaron i NU-sjukvården:

- Rehabstödsgrupp tillsammans med FK och företagshälsovård har permanentats i Uddevalla, eventuellt kommer det att bli en grupp även i Trollhättan.
- Ett rehabteam finns för att stötta chef och arbetstagare. Rehabhandläggaren stöttar tex genom att ge förslag på åtgärder/insatser, kontakter med företagshälsovården, myndigheter, söka bidrag till hjälpmedel, arbetsplatsnära stöd osv. Rehabteamet har varit involverad i 91 ärenden under 2014.
- Arbete har påbörjats för att ta fram verktyg till arbetsplatsen för att arbeta förebyggande/främjande som t.ex. inventera friskfaktorer.
- Teamet har under året träffat några kliniker och gett tips om förebyggande/främjande åtgärder samt gått igenom rehab rutinen.
- Teamet har träffat enskilda chefer och gått igenom processen.

Inför år 2015 planeras fortsatta åtgärder med att ta fram bildmaterial till chefer att användas på APT, inventera om nuvarande verktyg är tillräckliga, fördjupningsutbildning i rehabilitering till chefer och skyddsombud och fortsatt uppdatering av hemsidan med verktyg. Det planeras även ett bildmaterial till chefer, för att använda till att beskriva rehab-processen på arbetsplatsen vid till exempel ett APT.

Hälsoprojektet som startade november 2012 och bekostas av AMK- Arbetsmiljödelegationen kommer att avslutas och utvärderas under våren 2015. Projektet startades utifrån Institutet för stressmedicins KART-studie som påvisade att medicinska sekreterare, undersköterskor och barnmorskor uppfattade sin hälsa och arbetssituation som sämre än övriga yrkesgrupper. Utvärderingen kommer att redovisas för AMK och NU-sjukvården.

3.6 Jämställdhet och mångfald

I NU-sjukvårdens plan avseende jämlikhet inkluderas mångfald, jämställdhet, jämlik vård samt jämställdhetsintegrerad budget. Planen innehåller checklistor för respektive område och är integrerad i NU-sjukvårdens ledningssystem. Åtgärderna följs upp vid annonsering, vid löneöversyn och i årsredovisningen.

JÄMIX

Nyckeltalsinstitutets jämställdhetsindex, JÄMIX, visar hur jämställdheten ser ut i en organisation. JÄMIX är framtaget i samverkan med JÄMO och nyckeltalen belyser viktiga aspekter på jämställdhet.

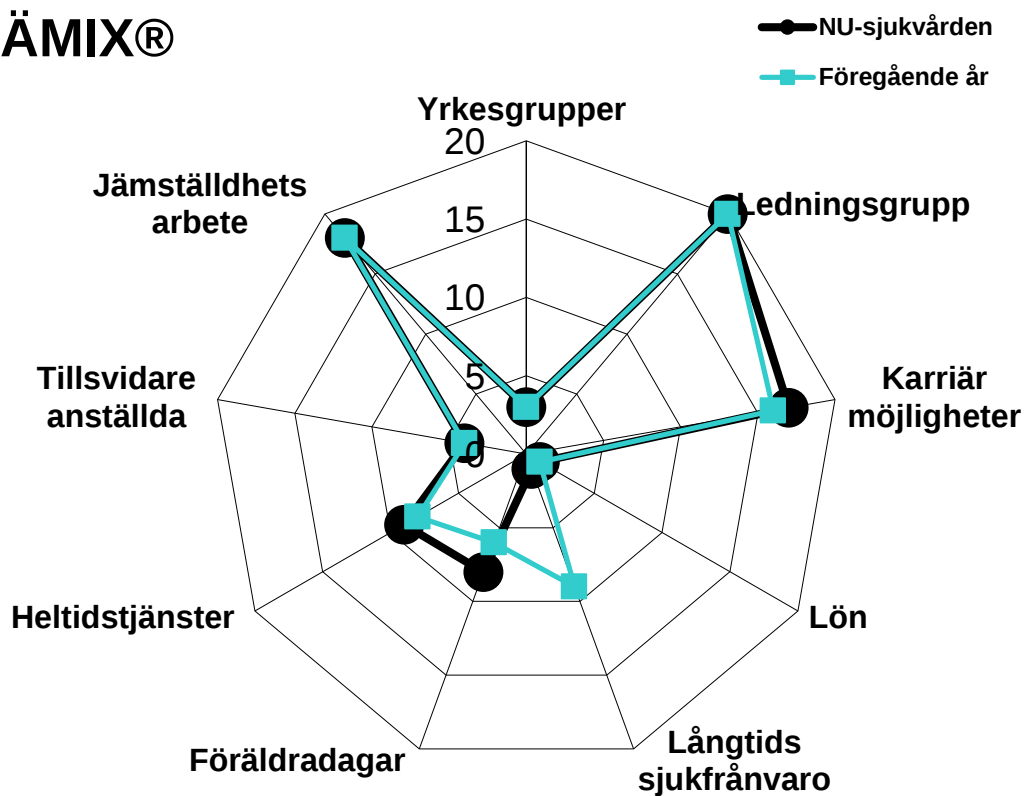
JÄMIX består av 9 nyckeltal som redovisas och analyseras samt vägs ihop till ett jämställdhetsindex. Ju högre poäng, eller ju längre ut i spindeldiagrammet, desto bättre jämställdhet.

Resultatet i NU-sjukvården för 2014 är 81 poäng, vilket är en försämring jämfört med föregående års resultat (85 poäng). Medianvärdet för sjukhus föregående år var 90.

JÄMIX-resultatet (index) för NU-sjukvården 2014 visar att jämfört med 2013 har

- karriärmöjligheterna för kvinnor ökat något (+1)
- den långa sjukfrånvaron ökat mer för kvinnor än för män (-8)
- jämställdheten vid uttag av föräldradagar har förbättrats mellan könen (+2)
- sysselsättningsgraden ökat mer för kvinnor än för män (+1)

JÄMIX®



Fotnot: Ju högre poäng eller ju längre ut i spindeldiagrammet desto bättre jämställdhet enligt JÄMIX.

Jämställdhet vid utbildning

Utbildningskostnaderna för kvinnor och män följs upp men registreringen är inte komplett ännu, då ca 15 procent av kostnaderna inte är uppdelade på kön. Statistiken ger istället en bild av fördelningen och om kostnaderna per kön ökar eller minskar. Kostnadsfria utbildningsinsatser registreras inte.

Mnkr	Kvinnor	Män	Kön ej angett	Summa 2014	Jämför 2013
Konto 4611, utbildningskostnader	10,5	5,9	0,2	16,6	13,1
Konto 4671, resekostnader	2,9	2,0	3,4	8,3	8,3
Summa (utbildningskostnad)	13,4	7,9	3,6	24,9	21,4
Utbildningskostnader (andel/kön)	54 %	32 %	14 %	100 %	
Jfr anställda/kön, totalt NU-sjukv	79,4 %	20,6 %			
Antal anställda	4 469	1 159	5 628	5 628	5 554
Kostnad/anställd (kronor/anställd)	2 998	6 816	640	4 424	3 853

3.7 Personalvolym

Volymen nettoårsarbetare är i stort sett oförändrad, en ökning kan ses på undersköterskor och en minskning av sjuksköterskor. Bristen på sjuksköterskor har bidragit till att vårdplatser har stängts under vissa perioder.

Nettoårsarbetare, totalt	2014		2013		Förändring jmf 2014 med 2013	
	Antal	Andel (procent)	2013	Andel (procent)	Antal	Andel (procent)
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 465	32,7%	1 484	33,4%	-19	-1,3%
B Undersköterskor m.fl.	1 184	26,4%	1 134	25,5%	50	4,4%
C Läkare	608	13,6%	594	13,4%	13	2,3%
D Tandläkare	7	0,1%	6	0,1%	1	18,2%
E Tandsköterskor, -hyginister m.fl.	8	0,2%	8	0,2%	-1	-7,0%
F Administratör, vård	345	7,7%	351	7,9%	-5	-1,5%
G Rehabilitering och förebyggande	280	6,2%	296	6,7%	-16	-5,4%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	177	4,0%	176	4,0%	1	0,4%
I Utbildning, kultur och fritid	12	0,3%	18	0,4%	-6	-31,9%
J Teknik, hantverkare	19	0,4%	18	0,4%	1	7,7%
K Kök, städ, tvätt	13	0,3%	11	0,2%	3	24,1%
L Administration	359	8,0%	350	7,9%	9	2,5%
Summa	4 476	100,0%	4 445	100,0%	31	0,7%

VGR:s satsning med budgetmedel för förstärkt yrkesintroduktion bidrog till att sjuksköterskor anställdes i januari och juni. För att behålla sjuksköterskor har bland annat helgtjänstgöring om två helger av fem införts inom medicinområdet som en pilotverksamhet. För att kunna rekrytera nattsjuksköterskor har en särskild ersättning permanentats.

Fortsatt obalans finns mellan de ekonomiska budgetförutsättningarna och verksamhetens tillgång på personal.

Vid inventering utifrån definitionen ofrivilligt deltidsanställd har NU-sjukvården nästintill uppnått regionens mål.

3.8 Bemanningsföretag

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2014	Prognos augusti 2014	Utfall 2013
Läkare	70 498	64 050	67 969
Sjuksköterskor	15 210	15 000	4 232
Övriga	763	350	78
Totalt	86 471	79 400	72 279

Användandet av bemanningsföretag ökade med drygt 14 mnkr jämfört med 2013. Bristen på tillgång av kompetens och bristen på sökande till vakanta tjänster är orsaken till anlitaandet av bemanningsföretag.

Specialistläkare från bemanningsföretag användes framförallt vid brist inom:

Område medicin och akut

- neurologi-, gastro-, lung- och allmän internmedicin

Område opererande specialiteter

- urologi-, bröstkirurgi-, palliativa-, anestesi-, intensivvård-, ortopedi-, öron- och ögon

Område barn och kvinnosjukvård

- barnpsykiatri och gynekolog

Område diagnostik

- röntgen.

Inom område medicin och akut har bemanningsföretag använts för sjuksköterskor inom akut-, neuro rehab-, specialistmedicin- och akutmedicinkliniken. Anledningen är svårigheten att rekrytera sjuksköterskor.

För att förbättra rekryteringsläget pågår följande aktiviteter på sjukhuset:

- rekrytering både inom och utom Sverige,
- arbete pågår utifrån resultatet kring medarbetarenkäten för att förbättra arbetsmiljön,
- fortsatt arbete med att ge nyexaminerade sjuksköterskor förstärkt yrkesintroduktion för att säkra kompetensförsörjningen
- marknadsaktiviteter pågår året runt med annonser, mässor, skolbesök, personliga kontakter öppet hus med mera.

NU-sjukvården har läkare med ca 35 olika läkarspecialiteter. Nedanstående tabeller visar de tio läkarspecialiteter som ökat respektive minskat mest i antal nettoårsarbetare jämfört med 2013. Läkarspecialiteten kardiologi har ökat med 4,4 nettoårsarbetare och fortsättningsvis är det inget behov av bemanningsföretag inom denna specialitet. Läkarspecialiteten internmedicin minskade med 12,6 nettoårsarbetare, där minskningen till största delen består av ST-läkare som börjar som allmän internmedicinare för att senare gå över till en annan mer specialiserad inriktning.

Läkarspecialite, nettoårsarb., (ökat antal nettoårsarb.)	2014	2013	Förändring jmf 2014 med 2013
Kardiologi	17,8	13,3	4,4
Endokrinologi och diabetologi	7,4	3,0	4,4
Medicinsk gastro. och hepatologi	6,3	3,3	3,1
Obstetrik och gynekologi	35,5	33,2	2,3
Ögonsjukdomar	28,0	26,1	2,0
Bild- och funktionsmedicin	32,1	30,5	1,7
Klinisk fysiologi	6,3	5,1	1,2
Klinisk bakteriologi och virologi	2,1	1,0	1,1
Kärlkirurgi	3,0	2,0	1,0
Klinisk kemi	2,0	1,0	1,0

Läkarspecialite, nettoårsarb., (minskat antal nettoårsarb.)	2014	2013	Förändring jmf 2014 med 2013
Infektionssjukdomar	18,5	18,6	-0,1
Ortopedi	36,6	37,2	-0,5
Klinisk patologi	6,7	7,4	-0,7
Barn- och ungdomspsykiatri	7,4	8,5	-1,1
Öron-, näs- och halssjukdomar	21,2	22,4	-1,2
Reumatologi	4,5	5,9	-1,4
Anestesi- och intensivvård	41,7	43,9	-2,2
Psykiatri	42,2	44,4	-2,2
Neurologi	7,0	9,5	-2,4
Internmedicin	47,6	60,2	-12,6

3.9 Personalkostnadsanalys

Förändringen av personalkostnader har jämförts mellan perioden januari – november 2013 och januari-november 2014. Anledningen till att inte jämförelser har skett mellan kalenderåren respektive år, är att december månads utfall för 2014 är osäkert när det gäller kostnader såsom OB-tillägg, övertid mm.

Lönekostnaderna ”arbetad tid” har ökat med 39,1 mnkr (2,7 procent) mellan de analyserade perioderna januari-november 2013 och 2014, varav månadslön/grundlön ökade med knappt 68 mnkr (5,1 procent).

Lön arbetad tid	Belopp 2014 jan-nov	Belopp 2013 jan-nov	Förändring belopp	Förändring %
4011 Timlön	45 362 519	46 531 295	-1 168 776	-2,5%
4021 Månadslön/grundlön	1 406 036 423	1 338 074 279	67 962 144	5,1%
4022 Retroaktiv lön	7 715 223	27 019 049	-19 303 826	-71,4%
4024 Ers utöver månslön/särsk arbtid	5 831 090	3 538 711	2 292 379	64,8%
4027 Uttag av komp. tid	-8 382 889	-8 416 844	33 955	-0,4%
4028 Uttag av jourkompensation	-51 867 188	-47 788 274	-4 078 914	8,5%
4029 Lön semester/innev semesterupp	-173 708 064	-161 069 275	-12 638 789	7,8%
4031 OB-tillägg	77 757 551	74 501 405	3 256 146	4,4%
4041 Mertid, komp, fyllnadstidsersät	9 415 826	8 154 273	1 261 553	15,5%
4042 Enkel övertidsersättning	5 548 122	4 802 731	745 391	15,5%
4043 Kvalificerad övertidsersättnin	27 473 502	29 656 721	-2 183 219	-7,4%
4044 Övrig övertidsersättning	4 136 420	3 627 051	509 369	14,0%
4045 Arbetad tid under jour	28 346 602	26 443 398	1 903 204	7,2%
4051 Jour, beredskapsersättning	8 820 605	10 599 867	-1 779 262	-16,8%
4081 Arvodesersättningar	3 656 809	3 967 841	-311 032	-7,8%
4092 Periodiserad jourkompensation	63 655 145	61 447 499	2 207 646	3,6%
4093 Period fyllnadstid, intjänad	2 072 158	1 999 431	72 727	3,6%
4094 Period enkel övertid intjänad	4 230 497	3 782 453	448 045	11,8%
4095 Period kval övertid intjänad	2 638 004	2 871 556	-233 552	-8,1%
4096 Retroaktiv omräkn jourskuld	2 479 700	2 374 412	105 289	4,4%
4097 Retro omr mer och övertidsskul	447 679	487 430	-39 751	-8,2%
4098 Periodiserad omvandlad tid	897	0	897	
40 Lön arb tid	1 471 666 633	1 432 605 007	39 061 626	2,7%

De största procentuella förändringarna avser konto ”4024 Ersättning utöver månadslön” som ökat med cirka 65 procent jämfört med föregående år. Förändringen är kopplad till ersättningar för extrapass under sommaren. Kontot ”4022 Retroaktiv lön” har minskat drygt 71 procent, vilket beror på att löneöversynsprocessen tidsmässigt förändrats mellan åren.

Nettoårsarbetare har ökat med i genomsnitt 53 nettoårsarbetare mellan de analyserade perioderna (jan-nov), vilket motsvarar en ökning med 1,2 procent. Nettoårsarbetare har beräknats på ett medel för de månader som ingår i respektive period. Det är i huvudsak yrkesgrupperna undersköterskor och läkare som ökat. Se nedanstående tabell.

Netto årsarbetare, totalt	Medel jan - nov 2014	Medel jan - nov 2013	Förändring	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 525,2	1 519,8	5,4	0,4%
B Undersköterskor m.fl.	1 212,6	1 169,0	43,6	3,7%
C Läkare	609,7	591,4	18,4	3,1%
D Tandläkare	6,5	5,1	1,4	27,9%
E Tandsköterskor, -hyginister m.fl.	8,1	8,5	-0,4	-4,2%
F Administratör, vård	345,8	358,9	-13,1	-3,7%
G Rehabilitering och förebyggande	286,2	296,7	-10,5	-3,5%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	178,3	177,1	1,3	0,7%
I Utbildning, kultur och fritid	15,6	19,1	-3,5	-18,3%
J Teknik, hantverkare	22,8	17,8	4,9	27,5%
K Kök, städ, tvätt	14,6	11,6	3,0	26,1%
L Administration	360,8	358,4	2,5	0,7%
Summa	4 586,2	4 533,1	53,0	1,2%

Kostnader för OB-tillägg har ökat med 3,3 mnkr vilket motsvarar en ökning med 4,4 procent. Ökningen är bland annat kopplad till ökat antal vårdplatser, vilket inneburit ökad bemanning med tillhörande OB-tillägg.

OB-tillägg, belopp	Medel jan - nov 2014	Medel jan - nov 2013	Förändring	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	37 694 410	36 588 023	1 106 388	3,0%
B Undersköterskor m.fl.	35 185 598	33 863 888	1 321 710	3,9%
C Läkare	415 233	149 098	266 135	178,5%
D Tandläkare	2 855	1 377	1 478	107,4%
E Tandsköterskor, -hyginister m.fl.	2 149	604	1 546	256,0%
F Administratör, vård	1 458 635	1 221 788	236 848	19,4%
G Rehabilitering och förebyggande	723 828	620 715	103 113	16,6%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	1 386 292	1 285 819	100 473	7,8%
I Utbildning, kultur och fritid	3 971	2 223	1 747	78,6%
J Teknik, hantverkare	339 198	298 582	40 616	13,6%
K Kök, städ, tvätt	172 090	113 301	58 789	51,9%
L Administration	343 611	306 354	37 257	12,2%
V VGR-special	29 680	49 634	-19 953	-40,2%
Summa	77 757 551	74 501 405	3 256 146	4,4%

Mertid, enkel och kval övertid har minskat med 2 394 timmar jämfört med 2013, vilket motsvarar en minskning med 1,5 procent. Det är den kvalificerade övertiden som har minskat med ca 6 900 timmar. Den största minskningen när det gäller övertid står ambulansen för, där verksamheten har arbetat med schema och bemanning från hösten 2013.

Mertid och övertid, timmar schema	Timmar jan nov 2014	Timmar jan - nov 2013	Förändring	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	94 832	97 159	-2 326	-2,4%
B Undersköterskor m.fl.	45 710	43 876	1 834	4,2%
C Läkare	3 104	2 969	135	4,5%
D Tandläkare	647	523	124	23,7%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	56	52	4	7,4%
F Administratör, vård	3 396	4 109	-713	-17,4%
G Rehabilitering och förebyggande	3 837	2 699	1 138	42,2%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	2 204	2 145	58	2,7%
I Utbildning, kultur och fritid	275	248	27	10,9%
J Teknik, hantverkare	496	872	-376	-43,1%
K Kök, städ, tvätt	122	380	-257	-67,8%
L Administration	4 542	6 584	-2 042	-31,0%
Summa	159 222	161 616	-2 394	-1,5%

5. Ekonomi

NU-sjukvården ekonomiska obalans för 2014 bedömdes i Årsredovisning för 2013 till drygt -180 mnkr (inklusive regionalt bidrag för sänkning av beläggningsgraden till 90 procent om 30 mnkr). Regionfullmäktige tillät NU-sjukvården att överskrida budget med -90 mnkr. Resultatet 2014 blev -146 mnkr, vilket är 56 mnkr sämre än måltalet. Resultatförbättrande åtgärder bedöms ha skett med knappt 30 mnkr för 2014.

Tillräckliga effekter kunde inte ses av arbetet med åtgärdsplanen som beslutades under 2013. NU-sjukvården valde att fokusera på att stärka genomförandekraften, genom att arbeta med ledning och styrning i linjen, något som ligger i linje med regionfullmäktiges tolvpunktsprogram från april 2013. En viktig utgångspunkt i arbetet är att kvalitetsbrister kostar pengar. För att få en verksamhet i balans behöver NU-sjukvården därför arbeta än mer systematiskt för att förbättra kvalitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Som ett led i detta arbete har sjukhusdirektören träffat ett stort antal verksamheter för att föra en dialog kring hur NU-sjukvården kan öka kvaliteten i vården och minska kvalitetsbristkostnader.

Orsaker till resultatet är bland annat en ökad produktion jämfört med 2013. Den sammanvägda produktionen är 1,7 procent högre 2014 jämfört med 2013, och drygt 3 procent över budgeterad/beställd produktion. Det är framförallt slutenvården som har ökat jämfört med föregående år. Svårigheter med kompetensbrister avseende sjuksköterskor har lett till ökade kostnader för bemanningsföretag.

Den regionala tilläggsbudgeten från december 2014 gav NU-sjukvården netto 119 mnkr (se avsnitt 5.2). Överföringen av produktionsvolymen till Praktikertjänst avseende Lokalsjukhusen minskade NU-sjukvårdens beställning med -62 mnkr. Den återstående ekonomiska obalansen bedöms till cirka -100 mnkr, exklusive anpassningen för minskade produktionsvolymen relaterade till Lokalsjukhusen och utökad städning enligt regional städstandard. För att klara ett nollresultat 2015 krävs mycket omfattande åtgärder.

Måluppfyllelsen för de sjukhusövergripande aktiviteterna för 2014 enligt Verksamhetsplan 2014 är:

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
E 1 Verksamhet i balans med kostnadsbudget				
a) Anpassa produktion till beställning.	Områdeschef	Andel av verksamheterna som följer kostnads- och produktionsbudget.	100 procent	Inga områden har både en ekonomi och produktion i balans.
b) Identifiera produktion som ej är att betrakta som läns-sjukvård.	Områdeschef	Andel enheter som utfört arbete enligt regionala gränsriktlinjer.	100 procent	Arbete kvarstår. Gränssnitt till högspec vård har tydliggjorts.
E 2 Effektiv verksamhet				
a) Lokaler. Färdigställ plan för att minska lokalytan.	Stabschef	Minska lokalyta och lokalkostnad.	Minskad lokalyta med 3 procent jämfört med 2012.	Hyreskostnaden har ökat med 6,1 mnkr (2,4 procent). Minskningen av lokalytor avseende fristående hus vid Uddevalla sjukhus har till största delen genomförts enligt plan (motsvarande helårseffekt om ca 3 mnkr).
b) Läkemedel – styrning av sortiment och lagerstruktur.	Områdeschef	Minskad sortimentsbredd och optimering av lager. Minskad miljöpåverkan genom optimala beställningar och en effektiv lager- och sortimentsstyrning.	Minskad andel snabbbeställningar på utvalda enheter (med 50 procent jfr 2012 dec). Minskad kassation för både patientnära lager (PNL) och vårdnära lager (VNL) med 50 procent (jfr 2012 dec).	Andel snabbbeställningar ökade mellan 2013 och 2014 med 7 procent. Kassationskostnaden från APL (främst cytostatika) minskade 2014 med cirka 40 procent jämfört med 2012. Total kostnad för kassation av läkemedel ökade drygt 10 procent mellan åren.

Aktivitet	Ansvar	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
c) Medicinteknisk utrustning. Optimera maskinpark och serviceavtal.	Områdeschef Enhetschef MT	Andel nyttokalkyler för reinvesteringar >500 tkr. Reduktion av servicekostnader.	100 procent nyttokalkyler. Servicekostnader reduceras med 10 procent jfr dec 2013.	Nyttoeffekter beskrivna i text, via förenklad nyttokalkyl eller specifikation investering, gjordes i 8 av de 14 fallen (57 procent). Servicekostnaderna har reducerats med 12 procent jämfört med 2013.
d) Sortimentsbegränsning av materiel.	Områdeschef Stabschef	Reducering av sortimentsbredd på sjukhusnivå.	Minskning med 25 procent jfr sept 2013	I december 2014 beställdes 3 382 unika artikelnummer, en ökning på 76 artikelnummer (2,3 procent) jämfört med 2013. Uppgifterna är exklusive läkemedel.
e) IS/IT-verktygens påverkan på verksamheten. Reducera tid för icke-värdeskapande aktiviteter.	Stabschef	Genomföra "IT-rond" i verksamheten.	100 procent	IS/IT-ronder genomförda på flera verksamheter. På ortopedkliniken och psykkliniken har problem som är kopplat till IS/IT samlats in och åtgärder har vidtagits utifrån materialet. Lösningar på kort och lång sikt har tagits fram (drygt 10 procent). Representanter från SIS-funktionen har besökt flera områdesledningar informerat om aktuella IS/IT-frågor. Även MT och den centrala samverkansgruppen har fått information. Planering pågår för andra kliniker.
E 3 Effektivare produktions- och kapacitetsplanering				
a) Vidareutveckla produktions- och kapacitetsplanering för öppen vård, slutenvård, operationsplanering, diagnostik.	Sjukhusledning	Minska variation i öppenvårdsproduktion.	15 procent jfr med uppgifter från 2013.	Ej genomfört. Projekt pågår.

5.1 Ekonomiskt resultat

mnkr	Utfall 2014	Budget 2014	Utfall 2013	Avvikelse utfall/ budget	Avvikelse budget/ utfall %	Föränd- ring utfall 2013/2014 %
Intäkter						
VÖK*	3 746,3	3 744,4	3 680,6	2,0	0,1%	1,8%
Regioninterna intäkter	365,9	278,1	291,3	87,8	31,6%	25,6%
Externa intäkter	201,1	172,2	190,2	28,9	16,8%	5,8%
Summa intäkter	4 313,3	4 194,7	4 162,1	118,6	2,8%	3,6%
Kostnader						
Personalkostnader	-2 778,1	-2 752,6	-2 676,6	-25,5	0,9%	3,8%
Bemanningsföretag	-86,5	0,0	-72,3	-86,5	0,0%	19,6%
Köpt vård	-78,1	-51,6	-102,9	-26,5	51,4%	-24,1%
Läkemedel	-459,6	-445,6	-454,6	-14,0	3,2%	1,1%
Övriga omkostnader	-972,3	-943,8	-924,0	-28,5	3,0%	5,2%
Avskrivningar	-78,0	-84,0	-80,2	6,0	-7,1%	-2,7%
Summa kostnader	-4 452,7	-4 277,6	-4 310,6	-175,1	4,1%	3,3%
Finans intäkter/kostnader	-6,5	-7,1	-5,7	0,6	-8,7%	13,6%
Netto	-145,8	-90,0	-154,2	-55,8	62,0%	-5,4%

*I VÖK ingår ersättningar för tillgänglighetssatsningar, ortopediplan, koloskopier, obesitas och regioninternt såld vård.

Ekonomiskt resultat

NU-sjukvårdens resultat uppgår till -146 mnkr, dvs 56 mnkr sämre än den av regionfullmäktige godkända maximala avvikelsen om -90 mnkr. Resultatet är något bättre än bedömningarna under hösten.

Regionfullmäktige beslutade 2013 att under 2014 dels finansiera en vårdavdelning med 25 mnkr, dels finansiera NU-sjukvården med 30 mnkr för att uppnå 90-procentig beläggning. Dessutom beslutades att NU-sjukvården får överskrida budget med maximalt 90 mnkr 2014 och att sjukhuset får anstånd att återställa negativt eget kapital tills sjukhuset nått en ekonomi i balans.

Orsaker som påverkat resultatet är främst ökade personalkostnader kopplade till ett fortsatt högt patientinflöde på akuten. Detta har lett till ett fortsatt högt antal inläggningar som i sin tur genererat överbeläggningar och medfört att inte åtgärdsplanerna har kunnat genomföras fullständigt.

5.1.1 Analys utfall jämfört med budget

VÖK-intäkter 2 mnkr bättre än budget

I "VÖK-intäkter" ingår även ersättningar för "ortopediplan, tillgänglighetssatsningar, obesitas och koloskopier" samt såld vård till andra sjukhus inom regionen.

Ersättning för VÖK-intäkter är 2 mnkr bättre än budget. NU-sjukvården når inte upp till målrelaterad ersättning avseende patientsäkerhet (-2 mnkr) men gjorde 266 förlossningar över plan (4 mnkr).

Ersättning för tillgänglighetssatsningar är 5 mnkr sämre än budget. NU-sjukvården når inte upp till planerad produktion när det gäller koloskopier, obesitasoperationer och behandlingar övrig ortopedi.

Utförd neonatalvård åt Skaraborgs sjukhus (SkaS) samt sålda urologibehandlingar och -besök utförda åt Kungälv's sjukhus är andra orsaker till den positiva avvikelsen.

Regioninterna intäkter och externa intäkter 117 mnkr bättre än budget

Regioninterna intäkter är 88 mnkr bättre än budget. Orsaker till den positiva budgetavvikelsen är ej budgeterad ersättning för köp av garantivård, ersättning för patientsäkerhetsarbete, ej budgeterade projektintäkter och ordnat införande av läkemedel, ägarfinansiering av vårdplatser, skanning av journalkopior, statsbidrag för arbete med psykisk ohälsa barn och vuxna, ersättning för utjämnad lönestruktur och ersättning för arbetsmarknadsåtgärder.

Externa intäkter är 29 mnkr bättre än budget. Högt inflöde av patienter har genererat högre ersättning avseende patientavgifter, ersättning för utomlänsvård och ersättning för utskrivningsklara patienter. Andra orsaker till den positiva avvikelsen är försäljning av lab- och röntgentjänster utöver budget.

Personalkostnader inklusive bemanningsföretag är 112 mnkr sämre än budget

Huvudorsaken till avvikelsen är ett fortsatt ökat inflöde av patienter inom den somatiska vården. Bemanningsföretag har inte gått att fasa ut enligt plan framför allt på grund av medicinsk säkerhet och arbetsmiljö.

Personalkostnader, som motsvaras av intäkter, avseende projekt mm uppgår till ca 25 mnkr.

Omkostnader är 63 mnkr sämre än budget

Köpt vård blev ca 27 mnkr sämre än budget. Ej budgeterade kostnader för köp av garantivård uppgår till 44 mnkr och motsvaras av en intäkt från regionkansliet. Kostnaden för övrig köpt vård, valfrihets- och högspecialiserad vård är drygt 18 mnkr bättre än budget.

Läkemedelskostnaderna blev 14 mnkr sämre än budget, varav kostnaden för rekvisitionsläkemedel är 9 mnkr och receptläkemedel är 5 mnkr sämre. I avvikelsen för receptläkemedel ingår kostnad för stomi- och diabetesprodukter med drygt 1 mnkr.

Övriga omkostnader blev cirka 28 mnkr sämre än budget. De största avvikelserna är för lab- och röntgentjänster, sjukvårdsmateriel, förbrukningsmaterial samt kostnader för transportmedel.

Kostnaderna för avskrivningar blev 6 mnkr bättre än budget, vilket främst beror på att investeringar i TAKT-projekt och större röntgeninvesteringar föll ut senare än förväntat.

5.1.2 Utfall jämfört med föregående år

Resultatet för år 2014 är -146 mnkr, vilket är 8 mnkr bättre än föregående år.

Interna intäkter är 140 mnkr bättre än föregående år. Av dessa intäkter är vårdöverenskomsten 45 mnkr bättre. Tillgänglighetssatsningar mm motsvarar intäkter på knappt 30 mnkr. Regioninterna bidrag är 72 mnkr bättre, där de främsta orsakerna är högt utfall avseende ordnat införande för läkemedel, ersättning för att hantera beläggningssituation samt stimulansmedel för äldre sjuka.

Övriga externa intäkter är knappt 11 mnkr bättre än föregående år. Främsta orsaken är ersättning för medicinskt färdigbehandlade patienter samt ökade patientavgifter.

Kostnaderna är 142 mnkr sämre jämfört med föregående år, varav personalkostnader inklusive bemanningsföretag är cirka 116 mnkr (drygt 4 procent) och omkostnader 26 mnkr. Orsaker till ökade personalkostnader är diverse tillgänglighetssatsningar, dyra lösningar för sjuk-sköterskor via bemanningsföretag samt ökat inflöde av patienter.

För köp av vård är kostnaden 22 mnkr bättre 2014 jämfört med föregående år. Det är främst kostnaden för valfrihetsvården men även kostnaden för högspecialiserad vård (brännskador och Ecmo) som varit lägre. För dosdispensering och Särnär är också kostnaderna bättre än föregående år.

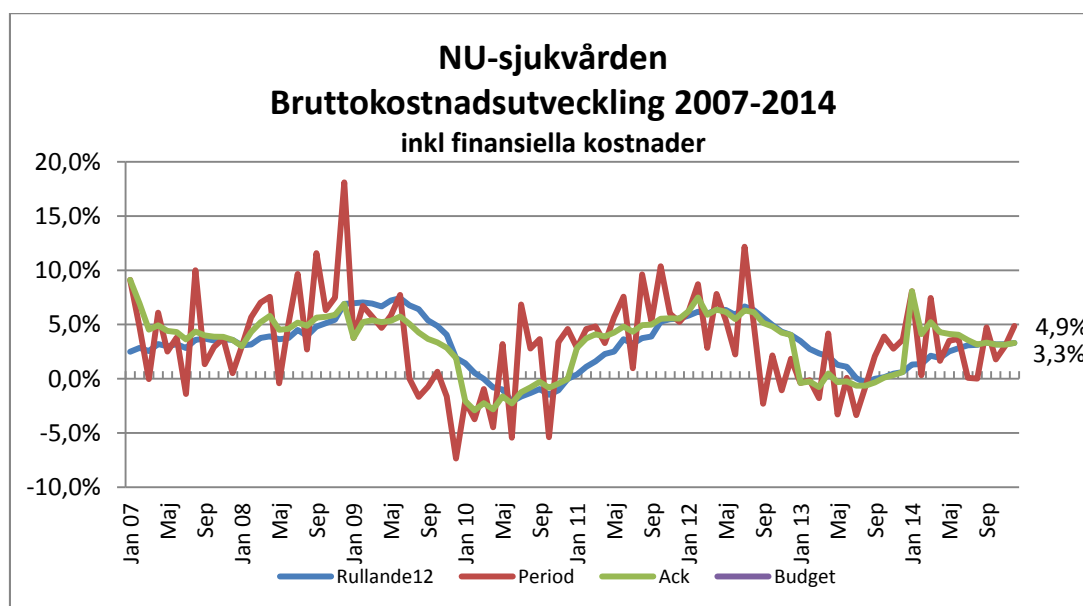
Kostnadsökningar finns främst för sjukvårdsmateriel, vilket dels beror på helårseffekt för stomi- och diabetesartiklar som bytte konto under år 2013, dels en ökning av kostnaderna för implantat, diagnostiska katetrar och övrigt sjukvårdsmateriel. Kostnaden för hyror, lab- och röntgen, apotekstjänster, hjälpmedel samt transportmedel har också ökat jämfört med föregående år. Ökningen av kostnader för transportmedel beror främst på leasing av ambulanser efter övertagandet av ambulansverksamheten i egen regi.

Kostnaderna för läkemedel, exklusive stomi- och diabeteshjälpmedel, blev 28 mnkr sämre än föregående år. Ökningen är till viss del kopplad till beslut i ordnat införande och regionuppdrag, bland annat hepatitläkemedel och TNF-hämmare. I övrigt beror ökning främst på ökade kostnader för MS-läkemedel, cancerläkemedel och läkemedel mot gula fläcken.

Intäktsutveckling

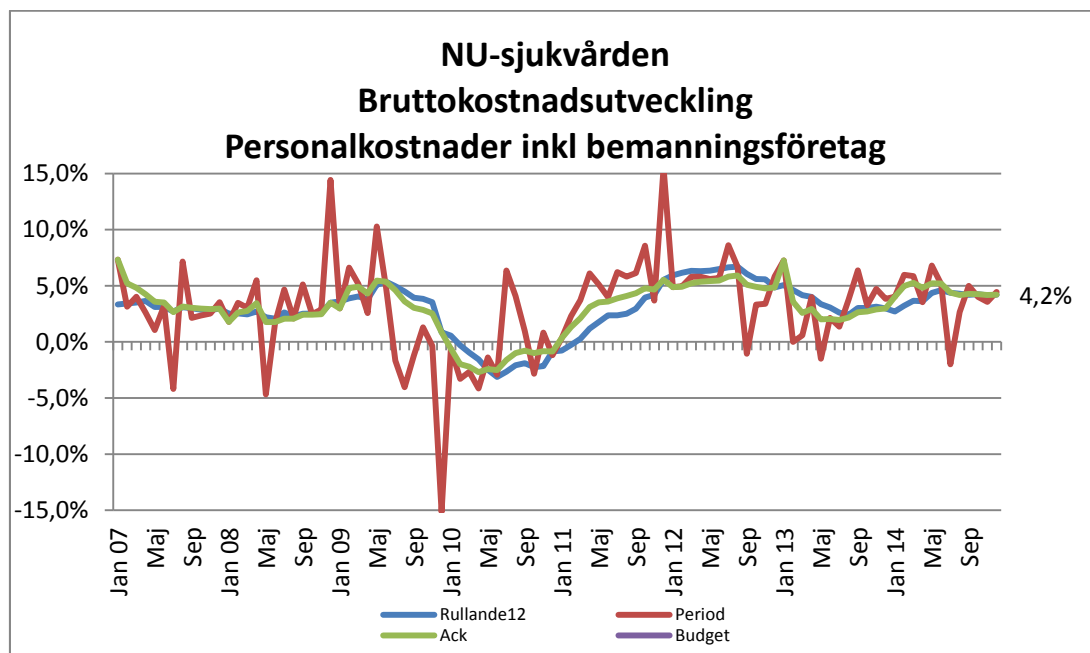
Intäkterna ökade under året med 3,6 procent. Intäktsutvecklingen beror främst på nettoindexering av vårdöverenskommelsen, ökad ersättning för ordnat införande av läkemedel samt ersättning för att hantera beläggningssituation.

Kostnadsutveckling



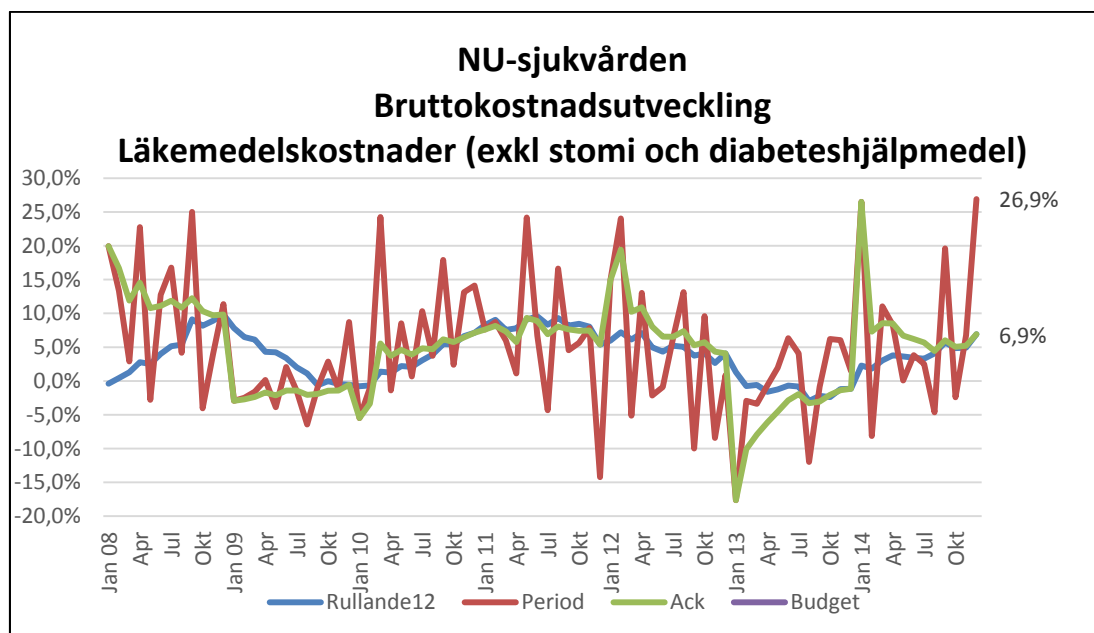
Kostnaderna ökade under året med 3,3 procent. Ökningstakten har långsamt ökat sedan våren 2013 men har sedan ett halvår tillbaka planat ut med en ökningstakt på runt 3 procent.

Personalkostnadsutveckling



Personalkostnaderna ökade med 4,2 procent jämfört med föregående år. En bidragande orsak till kostnadsökningen är ökade kostnader för bemanningsföretag. Kostnader för bemanningsföretag blev 14 mkr högre jämfört med föregående år, där sjuksköterskor stod för 11 mnkr av den totala kostnadsökningen.

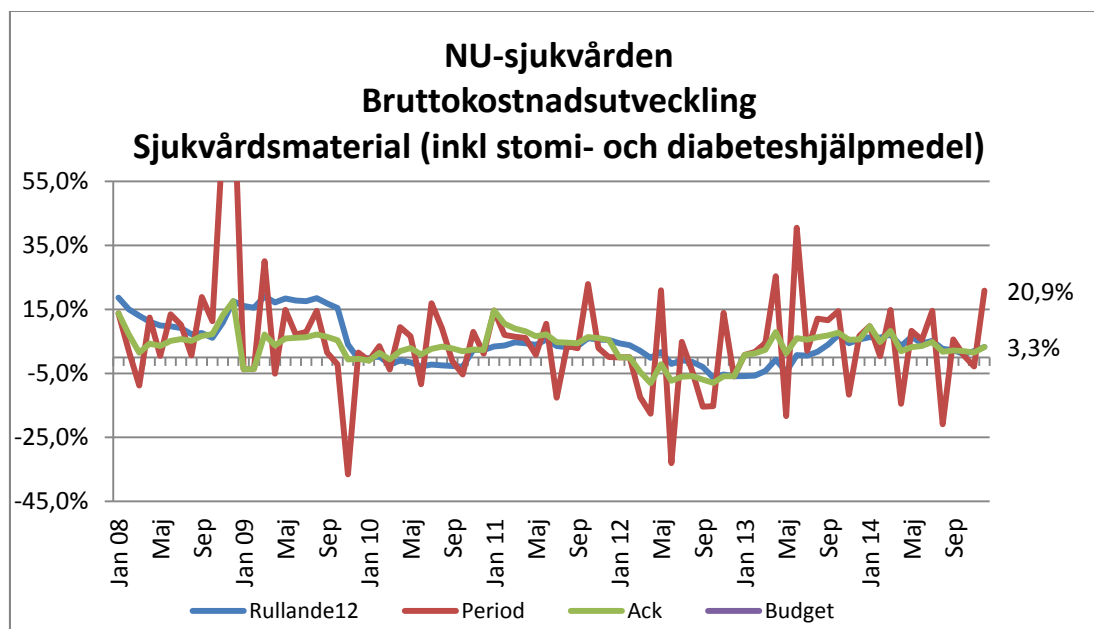
Kostnader för läkemedel



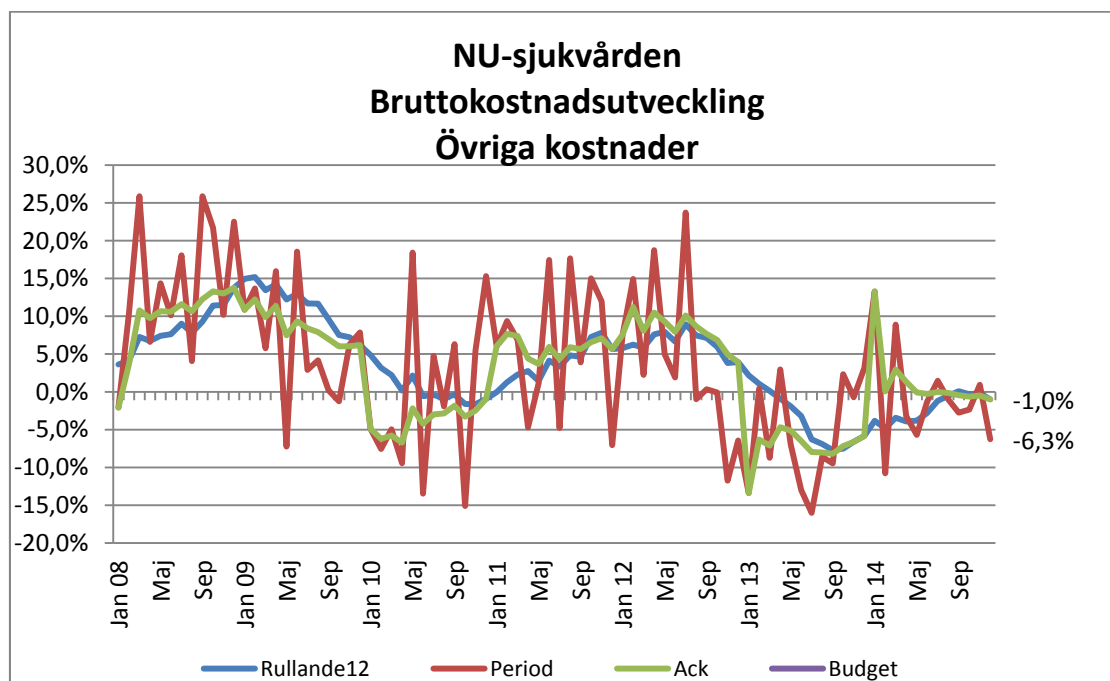
Läkemedelskostnaderna (exkl stomi- och diabeteshjälpmedel) ökade med 6,9 procent jämfört med föregående år, vilket är något högre jämfört med läkemedelsenhetens prognos på 5-6 procent. Den långsiktiga trenden visar på successivt högre ökningstakt för läkemedel, där läkemedel inom ordnat införande och regionuppdrag bidrar till en del av de ökade kostnaderna. Den höga ökningstakten i december beror främst på ökade kostnader för Hepatitläkemedel.

Inventeringen av läkemedel visade på en ökad lagernivå jämfört med 2013, vilket sänkte kostnaderna i bokslutet med drygt 1 mnkr.

Kostnader för sjukvårdsmaterial och övriga omkostnader



Kostnaderna för sjukvårdsmaterial (inkl stomi- och diabeteshjälpmedel) ökade med 3,3 procent jämfört med föregående år. Sedan slutet av 2013 visar utvecklingen på en långsamt minskande ökningstakt.



Övriga kostnader minskade med 1 procent jämfört med 2013. Kostnaderna har minskat under en längre period, främst på grund av uppsagda ambulansavtal och förändrad hyresmodell, men har nu stabiliserats sig runt noll-strecket.

Kostnadsutveckling för de av regionfullmäktige beslutade besparingarna

Kostnaderna i NU-sjukvården för de av regionfullmäktige beslutade besparingarna framgår av nedanstående tabell. Kostnadsutvecklingen visar helår 2012-2014.

Externa kostnader, tkr	2014	2013	2014 målnivå	2012	Jfr 2014 med 2013
Kurser och konferenser (konto 4611, motpart 100)	7 728	6 681	8 556	9 533	1 047
Konsultkostnader (konto 7551)	1 437	1 630	4 941	1 508	-192
IT-tjänster (kontogrupp 754x, motpart 100)	3 235	3 704		5 344	-470
Trycksaker (konto 6471, motpart 100)	157	218	182	185	-60
Information och PR (konto 69xx, motpart 100)	741	377		364	364
Summa	13 298	12 610	13 679	16 934	688

De ökade kostnaderna för information och PR beror på byte av konto i bokföringen internt (från konto 46xx till 69xx).

5.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans

NU-sjukvårdens ingående obalans inför 2014 bedömdes till drygt 210 mnkr exklusive åtgärder. Regionfullmäktige beslutade att tilldela NU-sjukvården 30 mnkr för att sänka den genomsnittliga beläggningsgraden till 90 procent, vilket reducerade den ekonomiska obalansen till drygt 180 mnkr. Det ekonomiska resultatet för NU-sjukvården 2014 blev -146 mnkr, varav drygt 10 mnkr berodde på stora kostnadsreducerande poster av engångskaraktär som kom in i samband med årsbokslutet. Resultatförbättrande åtgärder under 2014 bedöms ha genomförts med knappt 30 mnkr.

I den regionala tilläggsbudgeten 2015 tilldelades NU-sjukvården ett resurstillskott om 155 mnkr. Därtill tillkom även ett nytt effektiviseringskrav, justerad indexuppräkningskrav mm, vilket innebär en reduktion med -36 mnkr, dvs ett totalt nettotillskott till NU-sjukvården om 119 mnkr. Beställningen som dragits bort från NU-sjukvården avseende flyttade patientvolym till Praktikertjänst (övertagande av lokalsjukhusen i Lysekil, Strömstad och Bäckefors) är 62 mnkr, medan möjliga kostnadssänkningar relaterade till patientvolymerna är 52 mnkr. Detta försämrar den ekonomiska obalansen för NU-sjukvården med ca 10 mnkr.

Den ekonomiska obalansen inför 2015 bedöms till cirka -100 mnkr, exklusive neddragningen relaterad till lokalsjukhusen och utökad städning enligt ny regional städkstandard.

	Belopp mnkr
Ingående obalans (rensat från engångsposter 2014)	-160,0
<i>Intäkter:</i>	
Patientsäkerhetsarbete	-7,1
Tillgänglighetssatsningar	-1,7
<i>Kostnader:</i>	
Lönebildning inkl önskvärd lönestruktur	-2,7
Hyror, läkemedel och avskrivningar	-38,3
Utökat städ (utökade lokalytor)	-5,0
Övrigt: VGR-IT, engångskostnader TAKT-flytten	-4,7
Resultat utan åtgärder	-219,5
Resurstillskott för täckning av obalanser (enligt ny regionbudget 2015)	155,0
Effektiviseringskrav	-37,2
Justerad indexuppräknings 2015 (2,7 istället för 2,5 procent)	7,2
Sammanhållen vård	-1,4
Avkastningskrav ägaren	-6,5
Regionservice ny prislista	2,3
Återbetalning e-handel	0,8
Behov av åtgärder 2015	-99,3
Obalans 2015	-99,3

5.4 Investeringar

Investeringarna inom NU-sjukvården hamnade under 2014 på en högre nivå jämfört med genomsnittet de senaste tio åren och betydligt högre jämfört med de senaste två åren. Det berodde dels stora investeringar kopplade till TAKT-projekten, dels på stora investeringar kopplade till erhållna strategiska medel.

Under 2014 uppgick investeringarna totalt till 225 mnkr, fördelat på utrustningsinvesteringar 84 mnkr och lokalinvesteringar 171 mnkr, vilket är betydligt högre jämfört med utfallet 2013.

De största enskilda utrustningsinvesteringarna under 2014 var inköp av 3 st multilab och 1 CT till röntgen NÄL/US (21 mnkr), utrustning kopplat till TAKT-projekt op/IVA (13 mnkr) samt utrustning kopplat till TAKT-projekt Akuten (4 mnkr).

De största enskilda lokalinvesteringarna under 2014 var kopplade till TAKT-projekten, bland annat Akuten och Operation/Sterilcentral (162 mnkr).

6. Bokslutsdokument och noter

NU-sjukvården

Resultaträkning	Not	Utfall 1412	Utfall 1312
Verksamhetens intäkter	1	4 313 347	4 162 080
Verksamhetens kostnader	2, 3	-4 374 670	-4 230 437
Avskrivningar och nedskrivningar	4	-78 031	-80 156
Verksamhetens nettokostnader		-139 354	-148 513
Finansnetto	5	-6 479	-5 703
Årets resultat		-145 833	-154 216

Kassaflödesanalys	Not	Utfall 1412	Utfall 1312
Löpande verksamhet			
Årets resultat		-145 833	-154 216
Avskrivningar	4	78 031	80 156
Utrangeringar/nedskrivningar		0	334
Reavinst/-förluster sålda anläggningstillgångar	6	-50	-30
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital		-67 852	-73 756
Förändring av rörelsekapital			
Ökning-/minskning+ av förråd		-2 255	-9 765
Ökning-/minskning+ av kortfristiga fordringar	12	-41 650	-32 856
Ökning+/minskning av kortfristiga skulder	14	-8 875	25 665
Kassaflöde från löpande verksamhet		-120 632	-90 712
Förändring av redovisningsprincip		0	0
Förändring av eget kapital		0	0
Investeringsverksamhet			
Investeringar	7	-84 179	-60 858
Anläggningstillgångar överfört mellan enheter		0	261
Försäljningar anläggningstillgångar	8	50	165
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-84 129	-60 432
Finansieringsverksamhet			
Ökning+/minskning- av långfristiga skulder	13	19 641	8 152
Erhållna/lämnade bokslutsdispositioner		141 000	100 000
Kassaflöde från finansieringsverksamheten		160 641	108 152
ÅRETS KASSAFLÖDE		-44 120	-42 992
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		71 138	114 129
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		27 017	71 138
Kontroll av årets kassaflöde		-44 121	-42 991
Differens		-1	1

Balansräkning	Not	Utfall 1412	Utfall 1312
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar	9	0	0
Materiella anläggningstillgångar			
- maskiner och inventarier	10	296 374	291 814
- pågående investeringar	11	1 589	0
Summa anläggningstillgångar		297 963	291 814
Omsättningstillgångar			
Förråd		23 225	20 970
Kortfristiga fordringar	12	208 306	166 656
Likvida medel		27 017	71 138
Summa omsättningstillgångar		258 548	258 764
Summa tillgångar		556 511	550 578
Eget kapital			
Eget kapital		-240 580	-186 364
Bokslutsdispositioner		141 000	100 000
Årets resultat		-145 833	-154 216
Summa eget kapital		-245 413	-240 580
Avsättningar		0	0
Skulder			
Långfristiga skulder	13	297 498	277 857
Kortfristiga skulder	14	504 426	513 301
Summa skulder		801 924	791 158
Summa eget kapital, avsättningar och skulder		556 511	550 578

Redovisningen är upprättad enligt de anvisningar som lämnats från Västra Götalandsregionen. Anvisningarna bygger på kommunallagen, lagen om kommunal redovisning samt rekommendationer utfärdade av Rådet för kommunal redovisning.

Noter:

1. Verksamhetens intäkter	1412	1312
Patientavgifter med mera	75 569	71 486
Såld vård internt	3 772 031	3 704 113
Såld vård externt	60 718	55 455
Försäljning material, varor och tjänster, internt	79 506	79 028
Försäljning material, varor och tjänster, externt	38 521	36 098
Hysesintäkter	708	748
Specialdestinerade statsbidrag	11 564	12 168
Övriga bidrag, internt	249 210	176 609
Övriga bidrag, externt	7 233	6 405
Övriga intäkter, internt	10 887	11 579
Övriga intäkter, externt	7 400	8 391
Totalt	4 313 347	4 162 080

2. Verksamhetens kostnader	1412	1312
Personalkostnader	2 778 102	2 676 651
Bemanningsföretag	86 469	72 279
Köpt vård internt	5 421	7 941
Köpt vård externt	72 707	94 936
Läkemedel	459 641	454 614
Lämnade bidrag, internt	-23	-155
Lämnade bidrag, externt	1 504	1 785
Lokalkostnader, internt	243 736	240 122
Lokalkostnader, externt	21 645	18 142
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	85 096	80 136
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	28 740	30 229
Material och varor, internt	150 331	143 048
Material och varor, externt	228 927	205 009
Övriga tjänster, internt	133 210	125 254
Övriga tjänster, externt	12 590	14 361
Övriga kostnader, internt	34 583	35 300
Övriga kostnader, externt	31 991	30 785
Totalt	4 374 670	4 230 437
3. Personalkostnader, detaljer	1412	1312
Löner	1 918 203	1 856 899
Övriga personalkostnader	47 647	45 420
Sociala avgifter	812 252	774 332
Totalt	2 778 102	2 676 651
4. Avskrivningar och nedskrivningar	1412	1312
<i>Avskrivningar</i>		
Immateriella anläggningstillgångar	0	175
Maskiner och inventarier	78 031	79 981
Totalt avskrivningar och nedskrivningar	78 031	80 156
5. Finansnetto	1412	1312
<i>Finansiella intäkter</i>		
Ränteintäkter, internt	696	1 301
Ränteintäkter, externt	166	141
Övriga finansiella intäkter, externt	469	374
Totalt	1 331	1 816
<i>Finansiella kostnader</i>		
Räntekostnader, internt	7 775	7 478
Räntekostnader, externt	34	36
Övriga finansiella kostnader, externt	1	5
Totalt	7 810	7 519
Totalt finansnetto	-6 479	-5 703
6. Reavinster och reaförluster sålda anläggningstillgångar	1412	1312
Reavinster fastigheter		
Reavinster inventarier	50	30
Totalt	50	30
Netto reavinster/-förluster	50	30
7. Investering i anläggningstillgångar	1412	1312
Årets investering i maskiner och inventarier	82 590	60 858
Årets pågående investering	1 589	0
Totalt	84 179	60 858
8. Försäljning anläggningstillgångar	1412	1312
Försäljning maskiner och inventarier	50	165
Totalt	50	165

9. Immateriella anläggningstillgångar inklusive medicin-tekniska informationssystem	1412	1312
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	2 445	2 446
Korrigerig anskaffningsvärde	0	-1
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	2 445	2 445
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>		
Vid årets början	2 445	2 270
Årets avskrivning och nedskrivning	0	175
Utgående ackumulerade avskrivningar	2 445	2 445
Utgående restvärde	0	0
10. Maskiner och inventarier	1412	1312
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	1 468 256	1 467 083
Nyanskaffningar	82 590	60 858
Överfört mellan enheter	0	-687
Försäljningar/utrangeringar	-1 653	-58 998
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	1 549 193	1 468 256
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>		
Vid årets början	1 176 441	1 155 416
Årets avskrivning och nedskrivning	78 031	79 981
Överfört mellan enheter	0	-426
Försäljningar/utrangeringar	-1 653	-58 529
Utgående ackumulerade avskrivningar	1 252 819	1 176 442
Utgående restvärde	296 374	291 814
11. Pågående investeringar	1412	1312
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Nyanskaffningar	1 589	0
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	1 589	0
12. Kortfristiga fordringar	1412	1312
Kundfordringar, internt	18 276	280
Kundfordringar, externt	20 987	19 653
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt	21 382	32 104
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt	17 678	19 706
Övriga fordringar, internt	78 504	59 800
Övriga fordringar, externt	51 479	35 113
Totalt	208 306	166 656
13. Långfristiga skulder	1412	1312
Övriga långfristiga skulder, internt	297 498	277 857
Totalt	297 498	277 857
14. Kortfristiga skulder	1412	1312
Leverantörsskulder, internt	2 096	48 940
Leverantörsskulder, externt	83 148	56 066
Semesterskuld	142 590	136 800
Löner, jour, beredskap, övertid	82 295	80 676
Arbetsgivaravgifter, källskatt, F-skatt	97 152	91 838
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt	2 878	173
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt	13 377	14 909
Övriga kortfristiga skulder, internt	25 508	23 827
Övriga kortfristiga skulder, externt	55 382	60 072
Totalt	504 426	513 301

Bilagor

1. Intern kontroll
2. Patientsäkerhetsberättelse
3. Säkerhetsrapport
4. Organ- och vävnadsdonation

Avrapportering intern kontroll 2014 inom NU-sjukvården

Den interna kontrollen syftar till att säkerställa effektiv och ändamålsenlig verksamhetsstyrning, tillförlitlig finansiell rapportering och efterlevnad av gällande lagar och förordningar.

Nedanstående rutiner och processer, vilka ingår i den beslutade interna kontrollplanen 2014 för NU-sjukvården, har kontrollerats. Den interna kontrollen bedöms som god.

Granskningsområde Rutin/process	Kontrollmoment 2014	Resultat/åtgärd
Ekonomi	Sven Florström	
Aktuella rutiner, policys och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.	Uppdatering sker fortlöpande. Intern kontroll bedöms som god.
Attest	Kontroll att attestrutin är aktuell och efterföljs.	Genomgång av attestregister. Komplettering av vissa attester. Intern kontroll bedöms som god.
Inköp	Granskning av att externa varor och tjänster över 2 basbelopp följer regionens anvisningar och riktlinjer.	Hög avtalstrohet till regionens leverantörer. Leveransproblem från upphandlade bemanningsföretag kan innebära behov av lokala direktupphandlingar. Där giltiga avtal inte finns kontaktas inköp för ev regional upphandling. Större avvikelse hittad avseende inhyrd bemanningsläkare, där delegeringsordning och Lagen om Offentlig Upphandling åsidosatts. Åtgärd: Verksamhetschef fråntagen attesträtt för samtliga kostnadsslag.
Investering	Kontroll att regler för redovisning av drift- och kapitalvaror följs (ex vid möbelinköp).	Kontroll genomförd. Enstaka fakturor korrigerade och attestanter vidtalade. Intern kontroll bedöms som god.
IS/IT	Sven Florström	
Registrering	Kontroll att registrering av vård sker enligt fastställda beslut och rutiner.	Uppdatering sker fortlöpande av handböcker för Melior, ELVIS, Medspeech. SURF fellista och KLARA-SVPL kontrolleras kontinuerligt. Intern kontroll bedöms som god.
Informationssäkerhet	Säkerställa att framtagna anvisningar och rutiner följs.	Granskning visar att anvisningar och rutiner följs. Intern kontroll bedöms som god.

Granskningsområde Rutin/process	Kontrollmoment 2014	Resultat/åtgärd
HR	Maria Aleniusson	
Aktuella rutiner, policys och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.	Uppdatering sker fortlöpande.
Lagar, avtal och policys	Säkerställa att lönesättning sker enligt "Riktlinjer för lönesättning".	Orimlig lönesättning har skett – konsekvensen av intern konkurrens är kännbar. Process för lönesättning finns och är känd av lönesättande chefer. Sammanhållen lönesättning på NU-nivå. Avvikelse från lönesättning följs upp och åtgärdas. Kvalitetssäkring sker bl a genom löneråd. God kontroll finns idag.
	Säkerställa att rekryteringsordningen följs enligt rekryteringsprocessen.	Rutin om arbetssätt inom HR rekrytering har tagits fram för att hjälpa chefer att få kännedom om vilka förturer som finns tillgängliga.
	Säkerställa att riktlinjen angående bisyssla följs.	Rutinen inte tillräckligt känd i verksamheten. Åtgärd: Information till samtliga chefer. Bisyssla diskuteras vid årliga utvecklingssamtal enligt regionala anvisningar.
Säkerhet	Ann-Sofie Rundberg	
Brandskydd	Kontroll av avdelningars systematiska brandskyddsarbete.	Samtliga enheter på Uddevalla sjukhus kontrollerade. Vissa enheter behöver förbättra det systematiska brandskyddsarbetet. Total intern kontroll kommer att ske fyra gånger under 2015 på NÄL och Uddevalla sjukhus.
Kansli	Ann-Sofie Rundberg	
Ärendehantering	Ärendehanteringen följer lagar och förordningar.	Stickprov av diareföring visar på olika rutiner Utbildningsinsats till de som hantear handlingar som ska diarieföras
	Kontroll att ärenden från Socialstyrelsen handläggs i tid och på korrekt sätt.	Ärende från IVO. Kartläggning visar att handläggningen tar för lång tid. Nya rutiner för Lex Maria är framtagna.
Delegeringsordning	Kontroll att beslut tas enligt delegeringsordning.	Beslut finns anmälda inom personal, ekonomi och fastighet. Det finns inga anmälda beslut inom verksamhet. Delegeringsordningen och dess rutiner riskanalyseras före revidering.

Granskningsområde Rutin/process	Kontrollmoment 2014	Resultat/åtgärd
Beslut	Kontroll av sjukhusövergripande • Beredning • Dokumentation • Kommunikation • Genomförande	Processen har förbättrats under året men fortfarande återstår utvecklingsarbete. Kommunikation och genomförande ska utvecklas.
Patientsäkerhet	Magnus Söderbergh	
Aktuella rutiner, policys och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade.	Uppdatering av Riktlinje för klagomålshantering och rutin för riskanalys pågår.
Patientsäkerhet	Kontroll av anvisningar, utbildningar och handlingsprogram följs.	I handlingsplan för patientsäkerhet hör HLR-utbildning samt utfall som prioriterat område.
Avvikelsehantering	Kontroll av åtgärdsplaner.	I rutinerna för hantering av IVO-ärenden samt händelseanalys föreskrivs att handlingsplan ska ingå och göras enligt mall. För att rutinerna ska kunna följas krävs att organisationen anpassas för det.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Sven Florström
Ekonomichef

Patientsäkerhetsberättelse NU-sjukvården



2014

140122
Chefläkare Magnus Söderbergh
Utvecklingsledare/Patientsäkerhet Graciela Carlson

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	4
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	4
Struktur för uppföljning/utvärdering.....	5
Uppföljning genom egenkontroll.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Riskanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	14
Hantering av klagomål och synpunkter.....	14
Sammanställning och analys.....	20
Samverkan med patienter och närstående	20
Resultat.....	31
Övergripande mål och strategier för kommande år.....	41

Sammanfattning

NU-sjukvården har ett webbaserat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Rapportering av patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå har skett i dialogmöten med ledningsstaben.

Varje klinik har patientvägledare som systematiskt sätt emot patienters och närståendes synpunkter och klagomål.

Vid händelse- och riskanalyser involveras patienter och närstående. Vården har då möjligheter att tillvarata erfarenheter och förbättringsförslag.

Handlingsplan finns för patientsäkerhet, patientsäkerhetskultur och trycksår och under hösten har även en handlingsplan för Ebola har arbetas fram.

NU-sjukvården har ett webbaserat uppföljningssystem av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Följsamheten har förbättrats påtagligt över tid. Det finns även ett webbaserat rapporteringssystem för att registrera förekomst av vinterkräksjuka (Calici).

NU-sjukvården kan över tid konstatera en nedåtgående trend av vårdrelaterade infektioner sedan mätningarna började 2008. Den senaste mätningen visade en ökning från 7 till 9 procentandelar.

Sjukhusövergripande riktlinjer tillämpas för att förebygga risken för vårdskador till följd av överbeläggningar. I dessa riktlinjer ingår även brand-skydds- och arbetsmiljöaspekter.

NU-sjukvården genomför rutinmässigt journalgranskningar (MJG) för att registrera vårdskador, både sjukhusövergripande och under 2014 inom verksamheterna ÖNH-, kvinno- och ortopedkliniken.

NU-sjukvården har en välfungerande samverkan med Patientnämnden.

Punktprevalensmätningarna avseende vårdrelaterade infektioner, trycksår samt följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler har genomförts.

För att höja kvalitén och uppfylla kraven i SOSFS 2005:28 har nya och reviderade rutiner för hantering av IVO-ärenden samt händelseanalys har tagits fram. Infektionsverktyget (IT-stöd för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer) har implementerats.

Stimulansmedel för patientsäkerhet har bl.a använts för att köpa tryckavlastande madrasser till somatiska avdelningar och ett förvaltningsgemensamt deltagande på den nationella patientsäkerhetskonferensen. Dessutom har det arrangerats en temadag kring patientsäkerhet med medverkan från styrelsen, ledning, medarbetare och fackliga representanter. En ny handlingsplan i patientsäkerhet har utarbetats i samverkan med verksamhetsrepresentanter.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659,3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

NU-sjukvården har ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet enligt 2011:9 som är webbaserat. Ett utvecklingsarbete pågår och målsättningen är att samla styrande dokument för NU-sjukvårdens patientrelaterade processer.

Ett av NU-sjukvårdens strategiska mål är att vi skapar värde för patienten och framgångsfaktorer är hög kvalitet och god tillgänglighet.

Sjukhusövergripande aktiviteter är bland annat handlingsplaner för patientsäkerhetskultur och trycksår, genomförande av förbättringsarbete avseende patientupplevd kvalitet och ökad patientmedverkan i vården.

I verksamhetsperspektivet anges som framgångsfaktorer att utveckla patientsäkerhetskulturen och reducera antalet vårdskador. En viktig framgångsfaktor i detta avseende är att minska belägningsgraden på våra vårdavdelningar. En annan viktig aktivitet är följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

I Handlingsplan för patientsäkerhet finns beskrivet det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet i NU-sjukvården.

Ett övergripande ansvar har chefläkare, utvecklingsledare för patientsäkerhet, Vårdhygien, HLR samt lokala STRAMA. Till stöd för patientsäkerhetsenheten finns tillgång till utvecklingsledare i verksamheterna och förvaltningsgemensamt. I NU-sjukvårdens utvecklingsplan 2013-2022 diskuteras ett starkt centralt stöd till verksamheterna för att uppnå en större helhetssyn på patientsäkerhetsfrågorna och ett förslag håller på att arbetas fram.

Ansvaret för det direkta patientsäkerhetsarbetet har verksamhetsområdena. Organisationen ska säkerställa att patientsäkerhetsarbetet bedrivs systematiskt i enlighet med gällande lagar och föreskrifter. Det innebär bland annat att verksamhetschefen:

- ska ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten,
- ansvarar för att mål för verksamheten formuleras och för att dessa nås,
- ansvarar för uppföljning och analys av verksamheten, så att åtgärder kan vidtas för att förbättra vården

Områdeschefen har ett övergripande lednings- och sjukvårdsansvar för den sjukvård som bedrivs i området och för att gällande rutiner följs samt att ta fram rutiner för området vid behov.

Samtliga medarbetare inom NU-sjukvården har ansvar att informera sig om och tillämpa gällande rutiner samt medverka till att ta fram lokala rutiner för verksamheten. Medarbetare har också skyldighet att rapportera till närmaste chef om rutiner saknas.

Alla medarbetare ska vara medvetna om sin roll i kvalitetsarbetet genom rapportering av avvikelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete genom dialogmöten.

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning.

Resultatåterföring av sjukhusövergripande resultat en gång/år till sjukhusledning, inklusive verksamhetschefer samt utvecklingsledare.

- Resultatåterföring till område medicin våren 2014.
- Redovisning av metod och resultat vid NU-övergripande läkarforum på Uddevalla sjukhus respektive NÄL.

Kirurgkliniken initierade flera förbättringsarbete utifrån sitt resultat:

- Ändrat arbetssätt för återinläggningar på urologsektionen.
- Arbete med att minska kateteranvändning inom urologi.
- Utveckling av säkra utskrivningsrutiner.
- Översyn av antibiotikaproylax.

Trycksår följs upp både, via och punktprevalensmätningar och egen rapport i systemet Cognos) där antal dokumenterade riskbedömningar följs upp varje månad på verksamheterna.

Fallriskbedömningar följs upp av område Medicin och akut via en rapport (Cognos).

Akutmedicinkliniken har initierat ett förbättringsarbete för att minska antalet undvikbara fall.

Mätmetoder

- Avvikelser registreras i MedControl PRO
- Markörbaserad journalgranskning, MJG. 90 journaler granskas varje månad
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje månad
- Punktprevalensmätningar utförs av vårdrelaterade infektioner, trycksår och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Caliciläget registreras i ett webbaserat system kontinuerligt under säsong. Kommunala boenden rapporterar förekomst av magsjuka
- Nationell patientenkät för God Vård genomförs vart annat år
- Patientsäkerhetskulturmätning görs vart annat år
- Vårdplatsläget registreras och följs upp regelbundet

-
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter rapporteras till SKL varje månad

Uppföljning genom egenkontroll

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

NU-sjukvårdens patientsäkerhetsenhet har under år 2014 gjort intern kontroll av:

- att dokumenterade sjukhusövergripande rutiner är uppdaterade. Sjukhusövergripande rutiner finns i dokumenthanteringssystemet Barium
- att sjukhusövergripande anvisningar, utbildningar och handlingsprogram följs.
- att beslutade åtgärder i handlingsplaner (händelseanalys) är genomförda.

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar vårdrelaterade infektioner

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner har genomförts våren 2014.

Infektionsverktyget

Infektionsverktyget är ett IT-stöd för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer.

Syftet är att vara ett hjälpmedel i verksamheternas förbättringsarbete med att minska vårdrelaterade infektioner och optimera antibiotikaanvändningen

Punktprevalensmätning trycksår

Punktprevalensmätning av trycksår har genomförts våren 2014.

Punktprevalensmätningar för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätningar för följsamhet till BHK har genomförts 1 gång under året.

Markörbaserad journalgranskning

Journalgranskning av 30 journaler per månad görs sjukhusövergripande och 20 journaler per månad inom kvinno- ÖNH och ortopedkliniken. Granskningsteamet består av tre sjuksköterskor och två läkare som arbetar sjukhusövergripande. Resultat av mätningarna återkopplas både sjukhusövergripande och till verksamheten.

Rapportering av calici

NU-sjukvården har ett webbaserat mätverktyg för rapportering av calici (vinterkräksjuka).

Avvikelsehantering

Vårdskador registreras i avvikelsehanteringssystemet (MedControl PRO).

Mätning av förebyggande åtgärder mot vårdskador

Observationsmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler

Nationella punktprevalensmätningar har genomförts två gånger under året. NU-sjukvårdens avdelningar och mottagningar utför observationsmätningar av följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler varje månad.

Kvalitetsregister

NU-sjukvårdens verksamheter deltar i relevanta kvalitetsregister.

Läkemedelsberättelser

Andel patienter inom slutenvården med läkemedelsberättelse följs upp månadsvis (Cognos) på områdesnivå.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS: 2011:9,4 kap. 6 §, 7 kap. 2 § p 3

Samverkande vårdplanering

Alla slutenvårdsavdelningar i NU-sjukvården använder KLARA-SVPL för att samverka med kommuner och primärvård kring patienter som har behov av vård och omsorg från flera aktörer efter utskrivning.

Regionala överenskommelsen kring samverkan mellan region och kommun ligger till grund för de lokala samverkansplanerna.

Regionalt fastställd ansvarsfördelning, inklusive konsultationsmodellen, mellan specialistpsykiatri och primärvård har under året förankrats genom gemensamma lokalt anordnade möten mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Samverkande sjukvård

Samverkande sjukvård är ett pågående projekt där vården kommer till patienten i stället för tvärtom. Det startade som ett pilotprojekt i Strömstad och Tanum 2010 men bedrivs nu även i Sotenäs, Munkedal, Åmål, Mellerud och Lilla Edet. Projektarbete har påbörjats i Uddevalla, Trollhättan och Vänersborg och samtal kring upplägg och former förs med flertalet kommuner i Bohuslän och Dalsland då inriktningen är att denna modell ska införas i hela Fyrbodal.

Samarbetet omfattar den kommunala hälso- och sjukvården, vårdcentraler, 1177 Vårdguiden, ambulansverksamheten och MÅVA, NU-sjukvårdens medicinska äldrevårdsavdelning.

Läkemedelsfel i vårdens övergångar

En arbetsgrupp inom område medicin har tillsammans med en kommun inom upptagningsområdet identifierat läkemedelsbister i vårdens övergångar samt kommit med förbättringsförslag som kommer att implementeras i verksamheten under våren 2014 och arbetet fortgår under 2015.

Barnkliniken samarbetar med andra aktörer i regionen för att skapa en säker vård för alla barn i regionen, under 2014 har detta ytterligare förstärkts genom projektet Säker läkemedelsprocess avseende Barn inom VGR's sjukhusvård

Vårdsamverkan FyrBoDal

Vårdsamverkan Fyrbodal är ett forum för samverkan mellan länssjukvård, primärvård och kommuner. Bland annat behandlas avvikelser.

PVNU

PVNU är en grupp med representanter från länssjukvården och primärvården (Närhälsan och privata vårdgivare) som samverkar kring gränsdragningar och avvikelser.

Aktiv hälsostyrning

Aktiv hälsostyrning är ett projekt som arbetar för att stödja multisjuka patienter med stora vårdbehov som har många besök på akutmottagningar. Sjuksköterskor arbetar med att söka fram patienter som sökt Akutmottagningen vid upp-repade tillfällen och som är multisjuka. De ska stötta patienterna, både telefonledes och vid regelrätta patientbesök. En handlingsplan framarbetas till varje enskild patient hur de kan optimera sin hälsa.

Processer

Ett antal processer har identifierats och prioriterats att ingå i ett systematiskt utvecklingsarbete. Dessa redovisas i tabellen nedan.

Aktivitet	Uppföljning 2014
Utveckla processen för TIA/Stroke	En process är genomarbetad och implementerad i NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen
Utveckla processen för prostatacancer	En process är genomarbetad och implementerad i NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen. Utsedd processansvarig rapporterar till styrgrupp. Nya rutiner införda för remisshantering, PAD-svar och uppföljning, vilket resulterat i förbättrat flöde och omhändertagande för patientgruppen.
Utveckla processen för brösttumör	En process är genomarbetad och implementerad i NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen. Utsedd processansvarig i väl utvecklad process inom NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen

Aktivitet	Uppföljning 2014
Utveckla processen för sepsis	Försenad aktivitet, flyttad till 2015.
Utveckla processen för amputation	Amputationsprocessen har utvecklats ytterligare under 2014. Det gäller protesrehabilitering som ska ske i öppenvårdsform inom NU-sjukvården. Detta har testats med gott resultat under hösten 2014. Arbetet utvecklas ytterligare under våren 2015 innan det implementeras fullt ut. *Ortopedteknik har en aktiv roll i amputationsprocessen som syftar till ett bättre omhändertagande av amputerade som patientgrupp.
Utveckla processen för lunginflammation (regional)	Processen är implementerad. Teknisk anpassning i Melior försenad och arbetet fortsätter under 2015.
Utveckla processen för höftplastik (regional)	Processen är implementerad. Arbetsgrupper har deltagit i arbete med "Fast Track-konceptet" samt "Direkt till operation"
Utveckla processen för knäplastik (regional)	Processen är implementerad. Arbetsgrupper har deltagit i arbete med "Fast Track-konceptet" samt "Direkt till operation"
Utveckla processen för framfallsoperation (regional)	Processen är implementerad, når inte helt upp till uppsatta mål men arbete fortgår.
Utveckla processen för galloperation (regional)	Processen är implementerad. Regionalt processmål uppfyllt. Hög andel galloperationer i öppenvård. Regionalt processmål uppfyllt
Utveckla diagnostikprocesserna	Inom 10 arbetsdagar besvaras inom patologi: • 80 procent av patologiproverna (mål >90 procent) • 97 procent av allmänna cytologiprover (mål 100 procent) • 98 procent av vaginalcytologiproverna (mål 100 procent) Inom 20 arbetsdagar besvaras inom patologi: • 98 procent av cellprovskontrollerna (mål 80 procent) För övriga verksamhetsområden inom Område Diagnostik fortsätter arbetet under 2014. Svarstiderna påverkas av remissinflödet.
Fullföljande av införandeplan för huvudprocesser för vuxenpsykiatri med ytterligare två huvudprocesser, Psykos och Emotionellt instabil personlighetsstörning	Fyra processer etablerade. En presenterad och godkänd men ej publicerad. Inväntar administrativt stöd. Uppföljning visar att både mått och utvecklingsmetoder behöver utvecklas och förbättras. Utbildningsplan utformad inom verksamheterna med utgångspunkt i processer.
Utveckla arbetssätt för att diagnostisera, skilja på perifer och central yrsel för patienter som söker på akuten.	Under 2014 har ett flödesschema införts för att diagnostisera Yrsel på akuten, som tydligen är den vanligast förekommande orsaken till att man söker akuten. Ett evidensbaserat sätt att skilja på perifer och central yrsel och minska antal CT-hjärna undersökningar har införts.

*Ortopedteknik deltar även i arbetet med Diabetesfotteamet på medicinkliniken.

Man samverkar också med övriga ortopedtekniska avdelningar inom VGR med gemensamma utbildningar riktade mot olika patientgrupper.

Laboratoriemedicin instruktörer har bedrivit utbildningar i preanalys för både primärvård och slutenvård vid ett flertal tillfällen med dokumenterat gott resultat. Utbildningarna har varit både teoretiska och praktiska, mycket behovsanpassade. Dessa utbildningar har också haft dokumenterat gott resultat. Instruktörerna har även varit drivande i NU-sjukvårdens arbete med kvalitetssäkring och monitorering av patientnära kontroller. Detta arbete behöver fortsätta under 2015.

Trots påminnelser och förfrågningar samt tidigare beslut om att all nyanställd provtagande personal ska genom "preanalytisk skola" har endast en sådan utbildning hållits under året. Detta ser Laboratoriemedicin som en viktig del i det långsiktiga förbättringsarbetet inom NU-sjukvården.

Aktivitet	Uppföljning område opererande specialiteter 2014
Implementering av begreppet och konceptet Barn som anhörig (Kir)	Föreläsning om det regionala och lokala arbetet kring "Barn som anhörig". Kliniken har representant med i det lokala och regionala arbetet för att förbättra klinikkens bemötande av Barn som anhörig.
Implementering av rutiner för Våld i nära relation framförallt på akutmottagningen och kirurgmottagningen	Utbildning har genomförts i hur och när man anmäler till sociala myndigheter, vid misstanke om att barn har bevittnat eller erfarit våld i nära relation.
Utveckla och införa Kontaktsjuksköterskekonceptet för cancerpatienter (Kir)	En arbetsgrupp med representanter som arbetar med cancerpatienter från samtliga mottagningar och avdelningar på Kirurgkliniken har arbetat med att ta fram arbetssätt, tillgänglighet, informationsbroschyrer mm.
Utveckla processen för bräckkirurgi enl Värdebaserad vård	Utsedd processansvarig under december 2014. Syftet med processen är att arbeta för effektiva flöden som innehåller aktiviteter som är av värde för patienten som skall genomgå en bräck operation i NU-sjukvården.
Utveckla processen för barn vid tonsillotomi	Tillsammans med Barnkliniken har omhändertagandet av barn vid tonsillotomi förändrats så att dessa utförs i öppen-vård med minskad risk för nosokomial smitta.

Ögonkliniken har under året arbetat med samtliga 5 processer, med huvudtyngd på glaukom och operations-processen, för att hitta effektiva arbetssätt, med bibehållen patientsäkerhet och ökat värde för patienten.

Ögonkliniken samverkar med avd.3 Kirurgkliniken, där Ögonklinikens slutenvårdspatienter vårdas.

Samverkan sker löpande med de instanser som remitterar in patienter till Ögonkliniken. Optiker kan t.ex. via telefonkontakt direktremittera en patient med förhöjt ögontryck för akut omhändertagande. Undervisning av personal

vid Vårdcentralernas BVC är genomfört, för att på säkraste sätt lära ut synprovning på barn vid 4-årskontrollen. Blivande allmänläkare eller färdiga specialister inom primärvården, erbjuds auskultation vid Ögonkliniken för att lära mer om ögonsjukvård, samt för att förbättra uppgifterna i inremitter till Ögonkliniken. Ögonkliniken bidrar med undervisning i ögonsjukvård till blivande distriktsköterskor, då läkare/ögonsjuksköterska föreläser vid Vårdhögskolan.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Metod som används för riskanalyser för patientsäkerhetsperspektiv är Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). enligt Handbok för patientsäkerhetsarbete från Socialstyrelsen (Inspektion för vård och omsorg), ISBN:978-91-86301-28-6.

Inom NU-sjukvården finns det en utvecklingsledare inom patientsäkerhet som utbildar inom metoden

Risikanalys görs alltid då väsentliga förändringar planeras inom NU-sjukvården. I vissa fall, då det har gjorts många avvikelser inom samma område, har NU-sjukvården valt att göra riskanalys istället för händelseanalys.

Antal utförda riskanalyser

Indikator	Område	Utfall 2014	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda riskanalyser	Medicin och akut	5	8	10
	Diagnostik	4	12*	7
	Opererande	5	2	4
	KK/Barn	4	4	2
	Vuxenpsykiatri	1	1	1
	Totalt	19	27	24

*Under 2013 genomfördes ett antal organisationsförändringar inom område diagnostik vilket ledde till en ökning av antalet analyser det året.

Händelseanalys

En genomgång av 2013 års lex Maria ärenden visade förbättringspotential och det togs därför fram nya rutiner för att hantera IVO-ärenden samt revidering av rutin för händelseanalys.

NU-sjukvården använder sig, i likhet med övriga sjukhusförvaltningar i VGR, av händelseanalys enligt Handbok för patientsäkerhetsarbete från Socialstyrelsen (Inspektion för vård och omsorg), ISBN:978-91-86301-28-6. Ett nationellt IT-stöd för händelseanalyser används sedan 2013 (NITHA)

Inom NU-sjukvården finns det en utvecklingsledare inom patientsäkerhet som utbildar inom metoden. Det finns 27 utbildade händelseanalysledare inom NU-sjukvården, de flesta verksamheter har 1-2 analysledare.

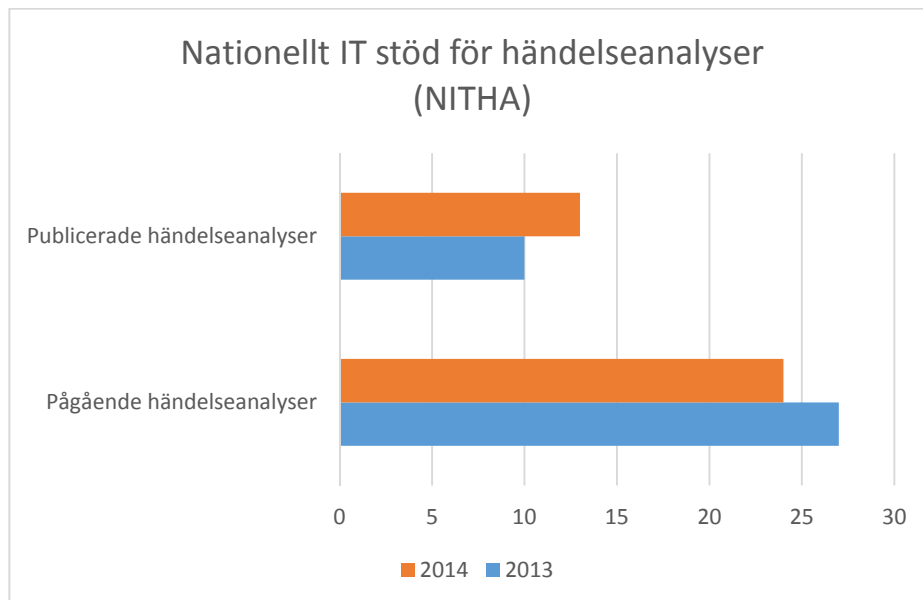
Händelseanalyser genomförs nästan alltid i de fall då det har gjorts en Lex Maria-anmälan, under hösten har brist på tillgängliga analysledare haft till följd att metoden inte har kunnat följas fullt ut. Lika viktigt som analysen är att följa upp dessa, vilket verksamheterna ansvarar för. Handlingsplaner upprättas i varje händelseanalys för att vidta åtgärder som minskar eller eliminerar de identifierade riskerna. Vid händelser som omfattar flera verksamhetsområden har chefläkaren en samordnande funktion, samtidigt som en verksamhetschef är huvudansvarig för utredningen och dess resultat. Det görs även händelseanalyser vid enskilda ärenden där patient eller anhöriga riktar anmärkningar mot vården. Lex Maria-ärenden, dess händelseanalys och IVO:s beslut publiceras på NU-sjukvårdens webbplats.

Antal utförda händelseanalyser

Indikator	Område	Utfall 2014	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda händelseanalyser	Medicin och Akut	10	7	12
	Diagnostik	5	4	4
	Opererande	9	8	8
	KK/Barn	4	6	6
	Vuxenpsykiatri	17	8	8
	Totalt	45	33	38

Ibland har man valt att göra riskanalys i stället för händelseanalys vid allvarliga händelser

Antal påbörjade och publicerade händelseanalyser i Nationellt IT-stöd för händelseanalys, Nitha



Nationellt IT-stöd för händelseanalys, Nitha

Ett webbaserat system som består av två delar:

- IT-stöd för händelseanalys
- Kunskapsbank för händelseanalyser

Båda dessa delar kan sägas utgöra tjänster på respektive sätt:

- Händelseanalys: Genomförande av händelseanalyser där resultatet är en rapport (skriftlig och grafisk) som kan skrivas ut. Rapporten används idag oftast som en väsentlig del av den internutredning som ska medfölja vid en Lex Maria-anmälan.
- Kunskapsstöd: Sökfunktioner för att ta del av samtliga händelseanalyser som gjorts i Nitha och som överförts till Kunskapsbanken. Sökfunktionen gör det möjligt att ta del av andras erfarenheter vid olika typer av händelser och för att göra aggregerade sammanställningar för lärande. Varje dator som är ansluten till VGRs intranät kan användas för att göra sökningar i Kunskapsbanken. Detta betyder att vem som helst som har behörighet till full tillgång till VGRs intranät kan använda denna del av Nitha. En tjänst kan här sägas vara varje gång en händelseanalys öppnas i Kunskapsbanken (detta är inte formaliserat).

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

NU-sjukvården har en riktlinje för avvikelshantering som beskriver processen. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera händelser och tillbud. Avvikelsen registreras i MedControl PRO. När ärendet är avslutat får den medarbetare som skrivit avvikelsen en återkoppling. Enligt riktlinjen ska avvikelsen sedan rapporteras på olika möten.

Vid introduktion får nyanställda information om avvikelssystemet och inom respektive verksamhet finns det rutiner för att utbilda nya medarbetare.

Det är inte ovanligt att händelseanalyser återrapporteras i seminarieform.

Avvikelshantering fungerar generellt bra. Antal rapporterade ärenden skiljer sig mellan olika verksamheter och det finns ett mörkertal. För att öka benägenheten bland medarbetare att skriva avvikelser är det viktigt att processsteg och resultat återförs i verksamheterna. Arbetet fortlöper med information, utbildning och ett omfattande arbete görs inom flera verksamheter för att ge medarbetarna återkoppling på ärendena.

Antal registrerade avvikelserapporter per årsarbetare

Indikator	Utfall 2014	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal registrerade avvikelserapporter per årsarbetare, totalt			
NU-sjukvården	1,0	1,0	1,26

Hantering av klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

I alla verksamhetsområden i NU-sjukvården finns kontaktpersoner - patientvägledare - utsedda att ta emot synpunkter på vården. Klagomål, frågor och övriga synpunkter på vården hänvisas i första hand till aktuell verksamhet. Vid allvarigare karaktär av klagomål ska dessa registreras i avvikelshanteringssystemet och hanteras enligt denna rutin. Patientvägledarna utreder händelsen och återkopplar till patienten och verksamheten. Patienten informeras om möjligheten att kontakta Patientnämnden samt om IVO och Patientförsäkringen. Chefsjuksköterska, utvecklingsledare för patientsäkerhet och chefläkaren träffar patientvägledarna 1-2 gånger per termin för erfarenhetsutbyte tillsammans med Patientnämnden.

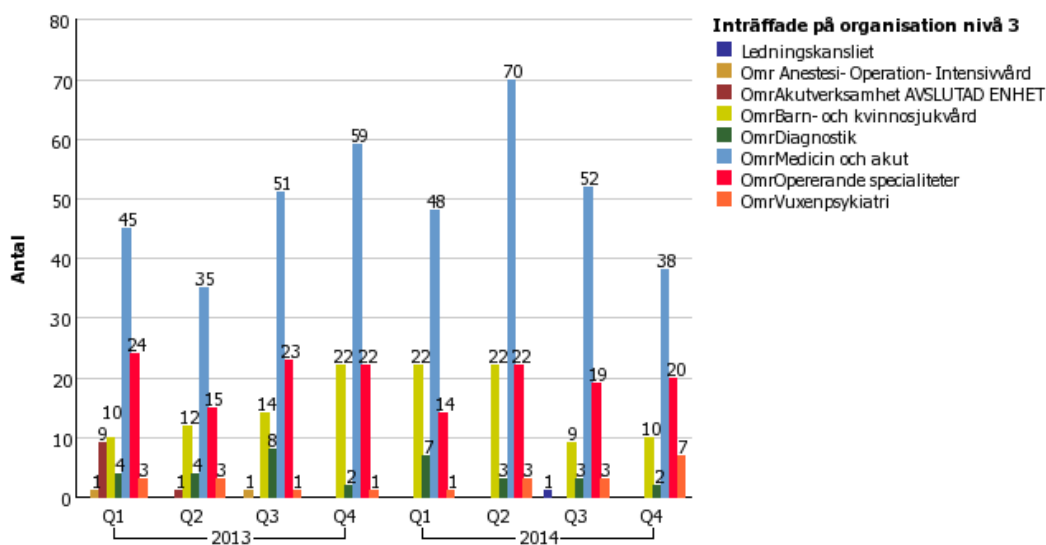
Ärenden av övergripande karaktär hos Patientnämnden tas upp med chefläkaren. Chefläkaren återkopplar ärendena i sjukhusets ledningsgrupp.

Enskilda ärenden som handlar om klagomål och synpunkter kan av Inspektionen för vård och omsorg hänvisas till Patientnämnden.

Ärenden som handlagts av patientvägledarna sammanställs inom verksamheterna. Ärenden hos Patientnämnden sammanställs årligen och återkopplas till NU-sjukvården.

Sjukhusövergripande riktlinjer för NU-sjukvårdens patientvägledare, chefer och medarbetare finns i ledningssystemet.

Diagrammet visar antal patientklagomål år 2013 och år 2014 indelat på områdesnivå.



Tabellen visar antal patientklagomål år 2014

Riskvärde		2014				Summa (Riskvärde)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Ledningskansliet	Ej angivet värde			1		1
	Summa(Område)			1		1
OmrBarn- och kvinnosjukvård	Ej angivet värde	2	3	2	5	12
	Riskvärde 1	11	16	4	4	35
	Riskvärde 2	9	3	3	1	16
	Summa(Område)	22	22	9	10	63
OmrDiagnostik	Riskvärde 1	6	3	2	2	13
	Riskvärde 2	1		1		2
	Summa(Område)	7	3	3	2	15
OmrMedicin och akut	Ej angivet värde	2	20	12	17	51
	Riskvärde 1	44	48	34	17	143
	Riskvärde 2	2	2	6	4	14
	Summa(Område)	48	70	52	38	208
OmrOpererande specialiteter	Ej angivet värde	6	6	7	8	27
	Riskvärde 1	7	11	9	12	39
	Riskvärde 2	1	5	3		9
	Summa(Område)	14	22	19	20	75
OmrVuxenpsykiatri	Ej angivet värde			1	1	2
	Riskvärde 1		3	2	5	10
	Riskvärde 2	1			1	2
	Summa(Område)	1	3	3	7	14
Summa		92	120	87	77	376

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål" (2015-01-12)

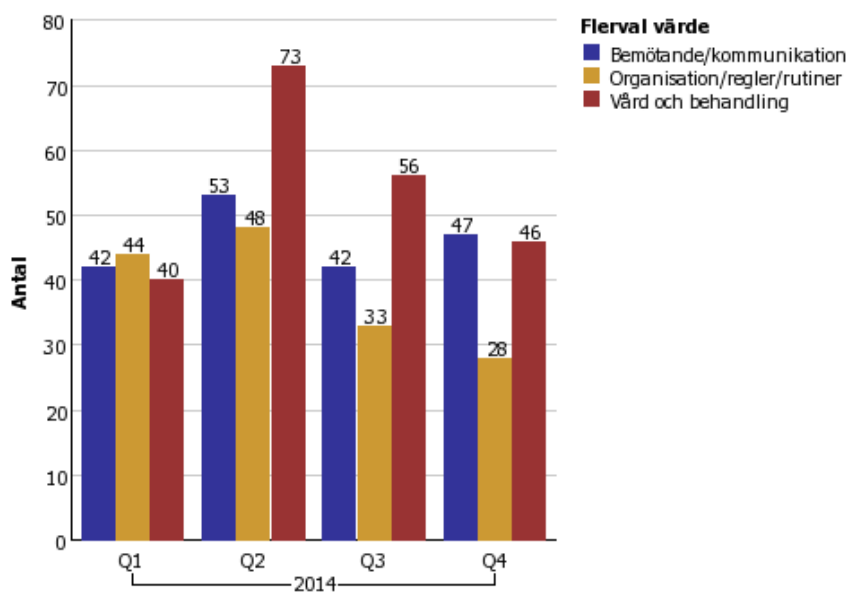
Område medicin och akut har ett högt antal registrerade ärenden. En förklaring kan vara en väl fungerande rutin.

Totala antalet registrerade patientklagomål har ökat med 41 ärenden jämfört med föregående år.

Antal patientklagomål indelat i typ för år 2014.

MedControl PRO

Antal patientklagomål - per typ



Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål - per typ" (2015-01-13)

Tabellen visar typ av patientklagomål med angivande av riskvärden

Typ av patientklagomål		2014				Summa(År händelse)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Bemötande/kommunikation	Ej angivet värde	4	14	12	25	55
	Riskvärde 1	35	36	23	19	113
	Riskvärde 2	3	3	7	3	16
	Summa(Riskvärde)	42	53	42	47	184
Organisation/regler/rutiner	Ej angivet värde	3	12	11	10	36
	Riskvärde 1	33	33	19	17	102
	Riskvärde 2	8	3	3	1	15
	Summa(Riskvärde)	44	48	33	28	153
Vård och behandling	Ej angivet värde	9	18	16	19	62
	Riskvärde 1	27	49	31	22	129
	Riskvärde 2	4	6	9	5	24
	Summa(Riskvärde)	40	73	56	46	215
Summa		126	174	131	121	552

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål - per typ" (2015-01-13)

Fördelningen mellan typerna av klagomål är väsentligen oförändrad jämfört med föregående år.

Uppgifter om ärenden till Patientnämnden

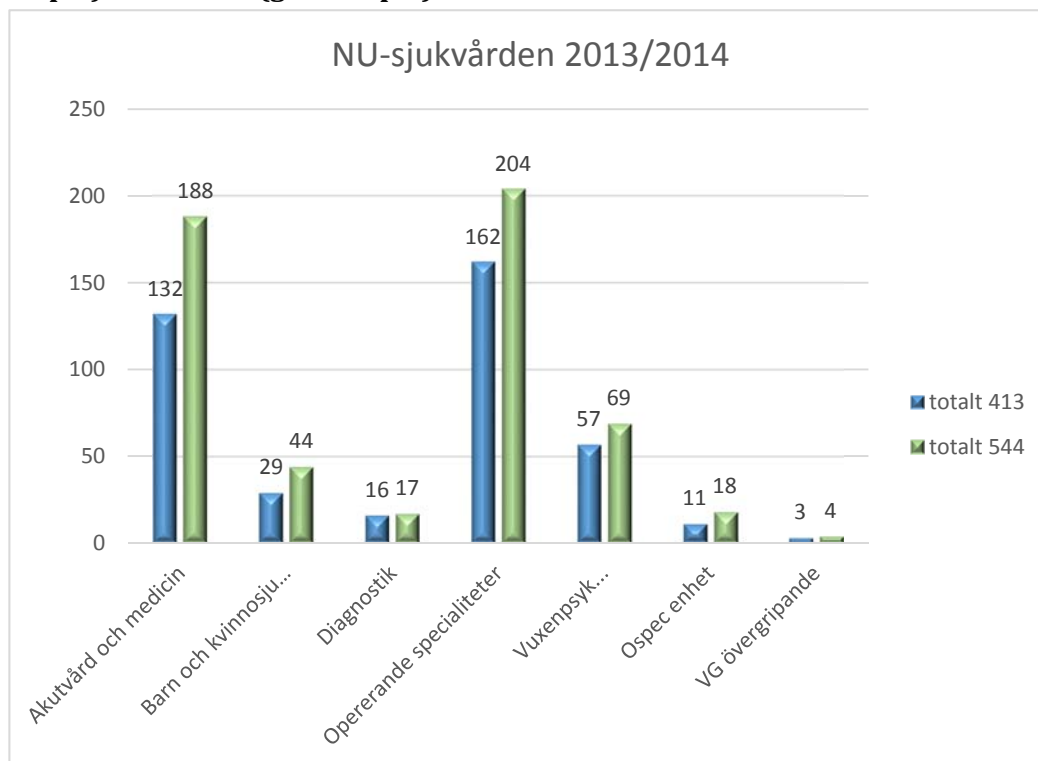
Patientnämnden Norra har under 2014 haft 627 kontakter som resulterat i 544 ärenden förknippade med sjukhusvård på NÄL och Uddevalla. Jämförelse med 2013 års siffror är endast en fingervisning då Patientnämnden under 2014 förändrat registreringssätt för ärende och upplysning, vilka tidigare registrerades lika.

Ungefär 50 procent av ärendena berör vård och behandling, 15 procent handlar om brister i kommunikation – bemötande och information samt 15 procent är klagomål på tillgänglighet.

Resterande 20 procent fördelas i fallande ordning; synpunkter på

- Administration (remisser, intyg, kallelse)
- Dokumentation/sekretess (journalfrågor, bruten sekretess mfl)
- Vårdansvar – ökat antal frågor med ca 40 procent jmf med föregående år (14/23) (ffa brister samverkan mellan olika huvudmän samt brister i samverkan mellan kliniker för patienter med behov av bedömning av flera specialiteter/högspecialiserad vård på regionsjukhus – ”ingen” utsedd huvudansvarig samordnar vården och/eller uppföljande vård)
- Ekonomi (kostnader för resor, frikortshantering samt fakturafrågor)

Diagrammet visar antal ärenden hos patientnämnden 2013 (blå stapel) samt 2014 (grön stapel).



Källa: Patientnämnden Norra årsredovisning (2015-01-19).

Tabellen visar typ av patientnämndsärende fördelat på typ.

	2013	2014
1. Vård och behandling	226	285
2. Omvårdnad	17	17
3. Kommunikation	67	85
4. Dokumentation/sekretess	8	15
5. Ekonomi	12	11
6. Organisation och tillgänglighet	55	80
7. Vårdansvar	11	22
8. Administrativ hantering	15	25
9. Övrigt	2	4
Totalt	413	544

Källa: Patientnämnden Norra årsredovisning (2015-01-19)

Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sammanställning av statistik för avvikelser görs regelbundet. Statistik tas fram ur Cognos eller ur avvikelssystemet av utvecklingsledare och/eller områdescontroller inom områdena. Dialog förs med chefer, medarbetare, patientvägledare och Patientnämnd angående utfall av avvikelser. I delårsrapporter anges antalet avvikelser för perioden, liksom antalet händelse- och riskanalyser.

Antal avvikelser har minskat antalet avvikelser per anställd blir detsamma som för år 2013 då antalet årsarbetare ökat. Nettoårsarbetare har ökat med 88 stycken.

Antalet vårdskador har minskat med 390 stycken (inträffade och tillbud) vilket motsvarar en minskning cirka 15 procent. Resultat från markörbaserad journalgranskning visar på en ökning av andel vårdskador från 4.6 procent 2012 till 5,3 procent 2013. Däremot visar de resultat som finns för 2014 en tydlig ökning av andelen vårdskador under sommaren. Ökningen uppvisar inte något särskilt mönster exempelvis på skadetyper och verksamhet.

Antalet patientklagomål registrerade i MedControl PRO har ökat med knappt 10 procent (41 stycken) jämfört med föregående år. Antalet avvikelser är beroende av benägenheten hos patientvägledarna att registrera. Antal ärenden till patientnämnden har ökat med drygt 30 procent (131 ärenden).

Ärendemängden på medicin kliniken har ökat med ca 40 procent (från 84 till 126).

För ökningen står framför allt klagomål på Neurologen där fokus ligger på tillgänglighet, vård och behandling samt bemötande. Tillgängligheten avser såväl telefon- tillgänglighet som besök till mottagning. Brist på neurologen gör att väntetider till besök efter remiss blir långa. SU, som regionsjukhus, har inte heller möjlighet att ta emot de väntandes.

I vård och behandlingsklagomål dominerar brister i medicinjustering och uppföljande besök (pga väntetider)

Även inom akutmedicin har klagomålen ökat. Här är det vanligast med klagomål från anhöriga på brister i vård och behandling samt bristande planering inför hemgång i samverkan kommun och hemsjukvård.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Patienter och närstående medverkar inte systematiskt i patientsäkerhetsarbetet. Vid händelseanalyser och vid vissa riskanalyser intervjuas patienter och/eller närstående för att vi ska få del av deras upplevelse och uppfattning. De har också möjlighet att lämna förbättringsåtgärder för en säkrare vård. Efter genomförda analyser delges patienterna resultatet.

En omfattande händelseanalys och organisationsanalys där sex patienter ingick i utredningen resulterade i att en av patienterna bjöds in till ledningen och till ett chefsmöte för att berätta om sina upplevelser.

Patientmedverkan har skett vid utvecklingsarbete i samband med införande av regional medicinsk riktlinje (RMR) gällande övertagande av patienter med autismsmörningssymtom inom BUP.

I förlossningsavdelningens processarbete om latensfas planeras intervjuer med fyra patienter enligt metoden 4 steg.

Patienter och anhöriga som vårdats på IVA erbjuds uppföljningssamtal på post IVA mottagningen. Utifrån dessa samtal görs systematisk uppföljning och förbättringsarbete

Ögonklinikens patienters och anhörigas synpunkter beaktas alltid i samband med patientbesöket. I väntrummen finns också brevlådor där patienter och närstående kan lämna synpunkter på besöket.

Ökad patientmedverkan planeras i de processer som nu startar upp inom område Opererande specialiteter, "Bråckprocessen" samt "Knä- och höftplastikprocessen"

Inom Vuxenpsykiatrien är målsättningen att öka de pedagogiska insatserna till närstående i behandlingsarbetet. Genom ökad kunskap hos anhöriga kan den individuella patientsäkerheten öka.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

NU-sjukvården

Nya och reviderade rutiner för hantering av IVO-ärenden samt händelseanalys har tagits fram. Syftet är att höja kvalitén och uppfylla kraven i SOSFS 2005:28.

Stimulansmedel för patientsäkerhet har använts för att köpa tryckavlastande madrasser till somatiska avdelningar och ett förvaltningsgemensamt deltagande på den nationella patientsäkerhetskonferensen. Dessutom har det arrangerats en temadag kring patientsäkerhet med medverkan från styrelsen, ledning, medarbetare och fackliga representanter. En ny handlingsplan i patientsäkerhet har utarbetats i samverkan med verksamhetsrepresentanter.

Under 2014 deltog NU-sjukvården i ett team i den utbildning av FRAM (Funktionell Resonansanalysmetod) som hölls på initiativ av Kulturm/Jönköping) Teamet bestod av representanter från Patientsäkerhetsenheten/HSA, SU, NU och SÄS. Kursen resulterade i att en ny analys startat vid förlossningen i NU-sjukvården.

Medicin och Akut

En arbetsgrupp har tillsammans med en kommun inom upptagningsområdet identifierat läkemedelsbister i vårdens övergångar samt kommit med förbättringsförslag som har implementeras under våren 2014 och arbetet fortgår under 2015.

Meliorgruppen har arbetat med att förbättra dokumentation inom området, initialt för omvårdnadspersonal.

Vårdplaneringsenheten har möjlighet till vårdplanering via video och detta används vid ca 4-5 tillfällen/vecka vilket är en fördubbling jfr med föregående år trots att konceptet "trygg hemgång" används av ett flertal kommuner.

Vårdplatskoordinering sker även nattetid för området.

Vårdplatskoordineringsmöte varje vardag kl. 10:30, där alla vårdenhetscheferna träffas via videolänk mellan NÄL och Uddevalla, verksamhetschef i beredskap kan vb adjungeras.

Systematiska patientsäkerhetsbedömningar vid överbeläggningar görs i ett webbaserat verktyg (Vårdplatsläget).

Opererande specialiteter

Patientsäkerhetskultur

Fortsatt arbete inom varje klinik med upprättade handlingsplaner för att förbättra säkerhetskulturen. Innebär bla bättre återkoppling av avvikelser, arbete över gränser/samarbete mellan vårdenheter, arbete i patientsäkerhetsråd samt möjlighet för några medarbetare att åka på Nationell Patientsäkerhetskonferens.

Representanter från varje klinik har deltagit på den Nationella Patientsäkerhetskonferensen.

Representanter från varje klinik har också deltagit vid förvaltningens Patientsäkerhetsdag.

Dokumentationsrutiner

Områdets kliniker har under 2014 påbörjat arbete med att föra in och hantera rutiner i ett dokumenthanteringssystem (Barium) som ska säkerställa lättare tillgänglighet, dokumentsäkerhet och versionshantering. Det kvarstår fortfarande en del arbeten på samtliga kliniker för att slutföra de gamla rutinerna. Administrativa enheten har som mål att bli klara under 2015. Kontinuerlig uppdatering följer därefter.

Som ett resultat av genomförda händelseanalyser har Ögonkliniken utarbetat PM

- för handläggning av försenade glaucompatienter som ringer till mottagningen
- för rätt och lika prioritering av återbesök
- för att undvika läkemedelsförväxling på operationsavdelningen

Dokumentation/optimal diktering

Optimal diktering är ett projekt som drivits under 2014 och som två av områdets medicinska sekreterare har varit projektledare för. Läkarna har fått in-

formation på sina arbetsplatsträffar om tips och idéer på hur de ska dokumentera och alla sekretariat ska ha utsedda sekreterare som arbetar med optimal diktering i att utbilda läkarna kontinuerligt i dokumentation.

Dokumentation/diktat

Under året har Administrativa enheten arbetat med antal oskrivna/skrivna diktat vilket har lett till att enheten kan omfördela resurser utifrån behov för att klara inflödet på skrivet och säkerställa tider. Tillgänglig dokumentation ökar patientsäkerheten.

Dokumentation/remisser

Kirurgkliniken har utarbetat rutiner för EDI-remisser och säkra rutiner för signering av röntgensvar som legat osignerade i mer än 7 dagar.

Tryckskada/trycksår

Arbete har pågått på AnOpIVA, Kirurgkliniken och Ortopedkliniken för att minska uppkomst av tryckskada/trycksår.

Vårdrelaterade infektioner

Kvalitetsarbete har genomförts vid urologavdelning 3 för att minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner på urologavdelningen. Arbetsgrupp har presenterat en rad åtgärder som genomförts och planerar att genomföras för att minska urinvägsinfektion som en vårdrelaterad infektion.

Fall och fallskador

Arbete startades 2014 med att skapa rutiner för att alla patienter över 65 år som vårdas på Kirurgkliniken skall erhålla dokumenterad bedömning utifrån riskfaktorer för fallskada. Detta arbete fortgår under 2015.

Rökstopp inför operation

Redan i primärvården uppmärksammas om patienten röker och behöver hjälp med att sluta röka inför en operation. På Kirurgmottagningen och Ortopedmottagningen informeras patienten om fördelarna med att vara rökfri inför ett ingrepp. Remiss till rökavvänjningssjuksköterska skrivs vid behov.

Patientsäkerhetsråd

För att aktivt kunna arbeta med patientsäkerhet har Ortopedkliniken under 2014 tillsatt ett patientsäkerhetsråd med ansvar att följa och utveckla patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsrådet består av personal från kliniken. En läkare fungerar också som rådgivare i medicinska frågor i avvikelsehanteringen och en läkare är ansvarig för infektionsregistreringen. Patientsäkerhetsrådet, avdelningschefer och sektionsledare har genomgått en tvådagars utbildning i patientsäkerhet. Kurs arrangör: Svensk Ortopedisk förening och LÖF.

Patientsäkerhetsrådet har också genomgått en kort internutbildning i riskanalysmetoden med avsikt att få förståelse och inblick i "tänket" i analysmetoden.

Rond, in och utskrivningsrutin

Ortopedkliniken har under hösten påbörjat ett förbättringsarbete gällande rondrutiner på klinikens akutvårdsavdelningar. Det planeras också för ett förbättringsarbete gällande in- och utskrivningsrutiner.

Flera av Kirurgklinikens slutenvårdsavdelningar arbetar med att ta fram checklistor för Säker Inskrivning och Säker utskrivning. Här ingår också fallrisk- och trycksårsbedömning vid inskrivning och läkemedelsgenomgång vid utskrivning.

Kommunikation

Ögonkliniken har arbetat med ”Torget-projektet” där man har tittat på och förbättrat arbetsfördelning och säkerställande av rapportering mellan personal vid byte.

Fast track

Konceptet Fast Track har införts på ortopedavdelning 4 som är en elektiv avdelning. Fast Track i denna mening innebär bla en förbättrad preoperativ information, att patienten kommer till sjukhuset samma dag och att patienten mobiliseras tidigare. Detta sammantaget minskar medelvårdtiden vilket frigör vårdplatser.

Tillgänglighet

Alla kliniker inom området har produktionsråd som arbetar för att öka tillgängligheten.

Tillgänglighet/mottagningar

Ortopedkliniken har genomfört extra mottagningar för att öka tillgängligheten till första besök.

Kirurgkliniken har arbetat med att öka produktionskapaciteten på endoskopi-enheten. Genom en rad åtgärder och ett intensivt arbete har kliniken skapat förutsättningar för att patienter skall få sin skopi inom rimlig tid.

Kliniken har också organiserat och planerat för en utökning av antalet läkare från kliniken på akutmottagningen för att förbättra tillgänglighet och flöde där.

Käkkirurgen har under 2014 påbörjat ett processarbete i syfte att förbättra tillgängligheten till mottagningen.

Ögonkliniken har gjort en genomgång/revision av väntelistor, omprioritering, ombokning mm. För att öka tillgängligheten till kliniken. Kliniken har också sett över uppdraget ögonsjukvård, definierat vilka patientgrupper som kan hänvisas till primärvård eller avslutas och förankrat inom kliniken.

Patientinformation

Patientinformation har omarbetats på Ortopedkliniken för höft och knäprotespatienter. Patienten får nu en tydligare information inför sin operation redan

i samband med kallelsen. Patienter informeras också i större omfattning i grupp om vad som gäller inför operation. Detta förväntas leda till att patienterna blir mer välinformerade då de också får svar på frågor som andra patienterna ställer.

På Kirurgkliniken har patientinformationen till patient som får KAD omarbetats i syfte att få en bättre informerad patient och som en del i att försöka minska uppkomst av vårdrelaterad urinvägsinfektion.

Ögonkliniken har också arbetat med att utarbeta patientinformationen på kliniken.

Kompetens

Kirurgkliniken har infört förstärkt yrkesintroduktion av nyutexaminerade sjuksköterskor för att säkerställa grundkompetens.

Kirurgkliniken har också arbetat med utveckling av kontaktsjuksköterskans roll och funktion för att erbjuda patienten en tillgänglig, kommunicerad, säker och strukturerad utredning och vårdplan.

Antibiotikaresistens

Kirurgklinikens läkare har utbildats i Infektionsverktyget för kartläggning av förskrivningsmönster av antibiotika.

Käkkirurgen har arbetat med att minska antibiotika till patienter som genomgått implantantkirurgi. Dessa patienter får nu mera endast en peroperativ dos antibiotika. Osteoradionekrospatienter får ett läkningsbefrämjande läkemedel, pentoxifyllin (+ e-vitamin) istället för antibiotika.

Barn och kvinnosjukvård

Arbetet med säker vård följs kontinuerligt upp på områdes- och verksamhetsledningar samt vid uppföljningsmöten mellan områdeschef och sjukhusdirektör, chefläkare, personalchef och ekonomichef tre gånger årligen.

Patientsäkerhetsrisker

Vid analys av en registrerad avvikelse i MedControl Pro uppdagades att BUP-kliniken saknade en tydlig rutin för egenvårdsbedömning. En rutin för egenvårdsbedömning i enlighet med Socialstyrelsens egenvårdsföreskrift (SOSFS 2009:6) har nu tagits fram och implementerats. Risken för patient-skada vid egenvård har därmed kunnat reduceras.

I samband med att denna rutin utarbetats har kliniken konstaterat att det saknas ett regionalt samverkansavtal för läkemedelshantering för barn- och unga under 18 år som vistas på LSS-boende eller institution. Sektorsrådet för barnpsykiatri lyfter detta till hälso- och sjukvårdsdirektören.

Kliniken har ännu inte nått en lösning på säkerheten vad gäller skalskyddet för slutenvården. Fem avvikelser på BUP-kliniken avseende patientsäkerhet kan kopplas till detta. Verksamhetschefen har påtalat dessa brister till sjukhusledningen. Dörrar som är stängda och låsta tål inte den påfrestning som patienter i affekt kan utsätta dörrarna för. Detta avser patienter vårdade med

stöd av LPT-lagen som med våld vill ta sig ut från vårdavdelningen. Personalen är de som då går emellan för att förhindra att dörrarna går upp. Då uppstår ofta situationer som kan leda till våld och handgripligheter. Att förhindra att tvångsvårdade patienter i affekt lämnar vårdavdelningen är en mycket viktig patientsäkerhetsfråga.

Barnkliniken har aktivt deltagit i projektet Säker läkemedelsprocess avseende barn inom VGR's sjukhusvård.

Patientsäkerhetskultur

Medvetandet om och vikten av patientsäkerhetsarbetet poängteras genom att det är en stående punkt på dagordningen vid områdes- och klinikledningar samt på APT.

Chefsträffar genomförs för alla chefer på området två gånger per termin. Dessa träffar är ett bra forum för att etablera och utveckla patientsäkerhetskulturen. Information och diskussion kring patientsäkerhet har varit ett återkommande tema.

Kvinnokliniken och Barnkliniken går igenom avslutade händelseanalyser med all personal via APT, men också vid två gemensamma samlingar där all personal har möjlighet att delta.

Verksamhetens kärnprocesser beskrivs och diskuteras regelbundet vid återkommande chefsmöten. För att i ökad utsträckning åstadkomma enhetlig hantering av de olika processerna används processkartläggning och processbeskrivning.

Genom kontinuerlig dialog med patienter och anhöriga som upplevt sig besvikna i kontakten med verksamheten ökar kunskapen om riskerna för vårdskador.

Utbildning och genomgång av avvikelssystemet Med Control PRO. Under hösten 2014 deltog ett 20-tal representanter från området i den nationella patientsäkerhetskongressen i Stockholm under två dagar. Värdefull kunskap och erfarenheter från denna konferens ökar medvetenheten om patientsäkerhet.

Kompetensutveckling/bemanning vid identifierade avvikelser

Ett klinikövergripande utbildningsarbete avseende akut omhändertagande av svårt sjuka barn s.k. A-HLR har under året genomförts tillsammans med akutmottagningen. Samarbetet fortsätter även under 2015. Förhoppningsvis ska denna utbildning bli en stående rutin på barnkliniken med regelbunden uppföljning.

Samverkansdagar mellan barnmorskemottagningarna, förlossning och eftervård har genomförts under året med syfte att förbättra vårdkedjan för patienten.

Barn-och kvinnokliniken har även haft samarbetsdagar mellan BB-enheten och neonatalavdelningen med syfte att förbättra vården av den nyförlösta kvinnan och hennes barn.

Barnkliniken fortsätter att sträva efter att alla sjuksköterskor har vidareutbildning inom barn och därmed fortsatt ligga på de högsta nivåerna i landet (för närvarande 75 procent).

Inom 'BUP sker kontinuerligt mätningar av patienters uppfattning av "svåra situationer" vid exempelvis tvångsåtgärder som bältesläggning och tvångsmedicinering. Detta ger värdefull information för fortsatt utveckling av patientsäkerhet och delaktighet.

Praktisk obstetrik har genomförts för all personal på förlossningen samt alla läkare. Praktiska scenarioövningar för personal på anestesi och förlossning har genomförts.

Barnmorskor och läkare har haft gemensamma utbildning/träningstillfällen där säker förlossningsvård beaktats.

Uppföljning av CTG-test har utförts under året och ca 70 procent av barnmorskor och läkare på kliniken har godkända resultat.

Arbetsmiljöbefrämjande åtgärder

Barnkliniken har arbetat för att få till stånd en ombyggnad av sina avdelningar då de inte uppfyller dagens mått bland annat vad gällande möjligheter till isolering av infekterade barn. Arbetet med planering för ombyggnad av såväl neonatalavdelning och storbarnsavdelning för att möta upp mot dagens hygienkrav är nu påbörjat

Barnpsykiatrisk slutenvård har under året fortsatt sitt utvecklingsarbete för att förebygga hot- och våldssituationer. Slutenvården har tack vare den så kallade Bergenmodellen fått ett verksamt verktyg för att minska riskerna för såväl personal som patientskador.

Medicinteknisk säkerhet

Årliga medicintekniska ronder utförs där all medicinteknisk utrustning går igenom. Om något avviker däremellan kontaktas MTA som gör en kontroll.

Förbättra tillgänglighet och kontinuitet

Verksamhetens kärnprocesser beskrivs och diskuteras regelbundet vid återkommande chefsmöten på BUP. För att i ökad utsträckning åstadkomma enhetlig hantering av de olika processerna används processkartläggning och processbeskrivning

Det finns ett tätt samarbete med neonatalenheten i Göteborg där NU sjukvården har kunnat bidra med vårdplatser vid överbeläggningssituationer. Under sommaren har avtal funnits med SKAS för att ta emot barn vid hotande förlossning i gestationsvecka 27+0 – 31+6.

Minska väntetider, överbeläggningar och utlokaliseringar

Skriftliga rutiner med åtgärdstrappa finns som stöd vid överbeläggningar inom slutenvården.

Förbättrade dokumentationsrutiner

Sekretariatet har genom förbättringsarbete lyckats få ner skrivtiderna för diktat till målnivåer.

IT-system

Området arbetar med att uppdatera rutiner och föra över i dokumenthanteringssystemet, Barium. Målet är att alla rutiner skall vara uppdaterade och inlagda i Barium under våren 2015. Alla barnklinikens PM och rutiner är uppdaterade och inlagda i Barium 2014.

Säkerhetsställa att personal följer gällande lagar, författningar, rutiner och riktlinjer

Ett särskilt läkar-APT har handlat om bemötande utifrån en anmälan till patientnämnden.

Åtgärder för att minska antibiotikaresistens

Tillsammans med öronkliniken har omhändertagandet av barn vid tonsillotomi förändrats så att dessa utförs i öppenvård med minskad risk för nosokomial smitta.

Barn som kommer till neonatalavdelningen från Göteborg isoleras tills negativt odlingssvar för MRB finns.

Ett team har bildats för omhändertagande av barn med ovanliga smittor där samarbete med infektion har etablerats vilket leder till säkrare omhändertagande av dessa patienter.

Alla vårdrelaterade infektioner registreras i Med Control PRO. Varje månad granskas journaler på kvinnokliniken med fokus på postoperativa infektioner för att analysera och finna förbättringsmöjligheter.

Diagnostik

Patologkliniken har systematiskt arbetat med avvikelshantering enligt SS-EN ISO 15189:12. Målet med avvikelshantering är att säkerställa patientsäkerheten och att förebygga återupprepning och likartade fel genom att systematiskt registrera, åtgärda, sammanställa, redovisa och följa upp avvikelser från kvalitetssystemet.

Patologkliniken deltar i nationella jämförelser avseende diagnostiken med goda resultat. De jobbar med att ha korta svarstider och de klarar idag att besvara 80 procent av vår provvolym inom 10 arbetsdagar. Bristen på patologer är ett bekymmer både regionalt och nationellt. De kommer att försöka öka antalet ST-läkartjänster under 2015.

Patologkliniken har ett ständigt pågående förbättringsarbete för att förstärka patientsäkerhetsarbetet. Under 2014 har man arbetat med att införa digital diktering på fler arbetsplatser för att minska de manuella skrivrutiner som finns idag.

De har infört 2D-koder på preparaten för att minska förväxlingsrisken. De jobbar för att få bättre IT-stöd för att kunna följa upp arbetet bättre, dataprogrammet QlickView har införts under 2014. Genomgång av rutiner sker regelbundet och uppdateras minst varje år.

På Medicinsk Teknik har förebyggande underhåll har gjorts enligt plan. De har format en grupp som specialiserat sig på förebyggande underhåll i Primärvården vilket ska leda till ett enhetligt arbetssätt och därmed ökad kvalitet och säkerhet.

De har också, under året, fortsatt jobbat med en prioriteringsmodell för förebyggande underhåll. Det arbetet ska leda fram till att man arbetar med rätt uppgifter vid rätt tillfällen. De har också haft ökat fokus på utbildning av apparatombud och användare.

Ortopedteknik arbetar systematiskt med avvikelshantering för säkerställa patientsäkerheten. Man arbetar enligt Ledningssystemet God Vård med revisioner och uppföljning av Ledningssystemet. All personal har deltagit i kompetenshöjande aktiviteter under året. Stor vikt läggs vid hälsofrämjande åtgärder.

Tillgängligheten är en viktig parameter och vid Ortopedteknik arbetar man aktivt för att ta emot kunder som remitteras till sig. Under hösten startade man upp ett försök med öppen mottagning för att i viss utsträckning göra det möjligt för våra kunder att själva välja tid för besök hos sig.

På Bild- och Funktionsmedicin så har ett omfattande arbete gjorts med att minska köerna till, och därmed patienternas väntan på, röntgen-undersökningar. Detta gäller främst CT, MR och ultraljuds-undersökningar. Det arbetet ger nu resultat.

På Laboratoriemedicin har avdelningarnas/mottagningarnas erhållit en mer djupgående utbildning i preanalys, även denna utvärdering med mycket gott resultat. Kopplingen av labdatasystemen Flexlab och AdBact till Västfolket har höjt patientsäkerheten, genom säkrare identitetskontroll.

Vuxenpsykiatri

Område vuxenpsykiatri har ett ledningssystem för patientsäkerhet med händelseanalyser, återföring av händelseanalyser, handlingsplaner och uppföljning av dessa vid självmord samt andra allvarliga händelser. Analysen används i det patientsäkerhets- och förbättringsarbetet inom området och handlingsplanen förankras och beslutas i linjen.

2013 infördes nytt självmordpreventionsprogram. Under 2014 har utbildningsinsatser skett kopplat till detta program.

Området har deltagit i genombrottsprojekt, initierat av SKL, för att förbättra kvalitén vid användande av tvångsåtgärder samt minska behovet av användande av tvångsåtgärder. Kopplat till detta genombrottsarbete har nya rutiner tagits fram. Förbättrad kvalitet och minskat behov av användande av tvångsåtgärder påverkar såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö positivt.

För att uppnå en högre patientsäkerhetskultur krävs ett engagemang från områdets ledningsgrupp. På samtliga ledningsmöten finns patientsäkerhetsarbetet med på agendan.

Tillgänglighet och kontinuitet

Tillgänglighet till psykiatrisk akutvård finns dygnet runt. Under dagtid finns tillgänglighet till psykiatrisk öppenvård, 08.00 – 17.00. De psykiatriska akutteamen är en del av öppenvården och innebär en förlängd tillgänglighet med hembesök, både planerat och akut, 16.00 – 01.30.

Patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård planeras till öppenvård när det behövs via intern patientöverföring och vårdplanering.

I slutenvård har patienten utsedda kontaktpersoner under vårdtillfället. En stor del av patienter i öppenvård har behov av uppföljning och/eller behandling av annan person än läkare. Här finns god kontinuitet och man möter samma person eller personer varje gång. Många patienter behöver insatser från flera yrkesgrupper och kontinuitet och samordning finns även här. Patienter med stora svårigheter avseende funktion erbjuds case manager, en person som samordnar vård och insatser från olika vårdgivare samt upprätthåller kontakter med närstående.

Från forskning och egen statistik vet vi att tiden mellan utskrivning från slutenvård till besök/uppföljning i öppenvård är kritisk när det gäller suicidrisk. Ett kontinuerligt arbete sker därför kring intern patientöverföring. Detta område följs nu även inom ramen för en av vuxenpsykiatriens huvudprocesser, depressionsprocessen.

I medeltal har ca 95 procent av de som väntar på sitt första besök har fått en tid inom 90 dagar och ca 80 procent inom 60 dagar. På grund av sena återbud och uteblivande är det svårt att uppnå 100 procent inom 90 dagar.

I medeltal har ca 50 procent av patienter som väntat på en neuropsykiatrisk utredning fått en tid inom 90 dagar. Tillgång till medarbetare med utredningskompetens och nödvändig prioritering mellan behandlingsinsatser och neuropsykiatrisk utredning har lett till att endast 50 procent fått tid inom 90 dagar.

Aktiviteter för att förbättra tillgänglighet till neuropsykiatrisk utredning:

- Utbildning/fortbildning: neuropsykiatri GU för psykologer
- Fortsatt arbetet med processförbättringar på enheterna för en effektiv utredningsprocess
- Processförbättringar för att hålla samman de olika utredningsdelarna i tid för patienten.
- Ökat antal psykologer

Övrigt Patientsäkerhetsarbete

Viktiga delar i patientsäkerhetsarbetet ligger inom ramen för processorienteringen. Under året har arbetet med väl beskrivna och förankrade processer fortsatt.

För att bygga in patientsäkerhetsarbetet i verksamhet och verksamhetsutveckling lyfts patientsäkerhets- och kvalitetsfrågorna in i processarbetet. De mått som används i processerna kan till stor del kopplas till patientsäkerhetsarbetet.

Tillgänglighet och kontinuitet

Tillgänglighet till psykiatrisk akutvård finns dygnet runt. Under dagtid finns tillgänglighet till psykiatrisk öppenvård, 08.00 – 17.00. De psykiatriska akutteamen är en del av öppenvården och innebär en förlängd tillgänglighet med hembesök, både planerat och akut, 16.00 – 01.30.

Patienter som skrivs ut från psykiatrisk slutenvård planeras till öppenvård när det behövs via intern patientöverföring och vårdplanering.

I slutenvård har patienten utsedda kontaktpersoner under vårdtillfället. En stor del av patienter i öppenvård har behov av uppföljning och/eller behandling av annan person än läkare. Här finns god kontinuitet och man möter samma person eller personer varje gång. Många patienter behöver insatser från flera yrkesgrupper och kontinuitet och samordning finns även här. Patienter med stora svårigheter avseende funktion erbjuds case manager, en person som samordnar vård och insatser från olika vårdgivare samt upprätthåller kontakter med närstående.

Tiden mellan utskrivning från slutenvård till besök/uppföljning i öppenvård är kritisk när det gäller suicidrisk. Ett kontinuerligt arbete sker därför kring intern patientöverföring. Detta område följs nu även inom ramen för en av vuxenpsykiatrins huvudprocesser, depressionsprocessen.

Aktiviteter för att förbättra tillgänglighet till neuropsykiatrisk utredning:

- Utbildning/fortbildning: neuropsykiatri GU för psykologer
- Fortsatt arbetet med processförbättringar på enheterna för en effektiv utredningsprocess
- Processförbättringar för att hålla samman de olika utredningsdelarna i tid för patienten.
- Ökat antal psykologer

För att bygga in patientsäkerhetsarbetet i verksamhet och verksamhetsutveckling lyfts patientsäkerhets- och kvalitetsfrågorna in i processarbetet. De mått som används i processerna kan till stor del kopplas till patientsäkerhetsarbetet.

Resultat

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Diagrammet och tabellen visar antal patientavvikelser för år 2014 i NU-sjukvården

NU-sjukvården präglas av en hög beläggningsgrad, där område medicin och akut länge utmärkt sig med en medelbeläggning över 100 procent. NU-sjukvården har satt målet 90 procent medelbeläggning och bedömer att det är en

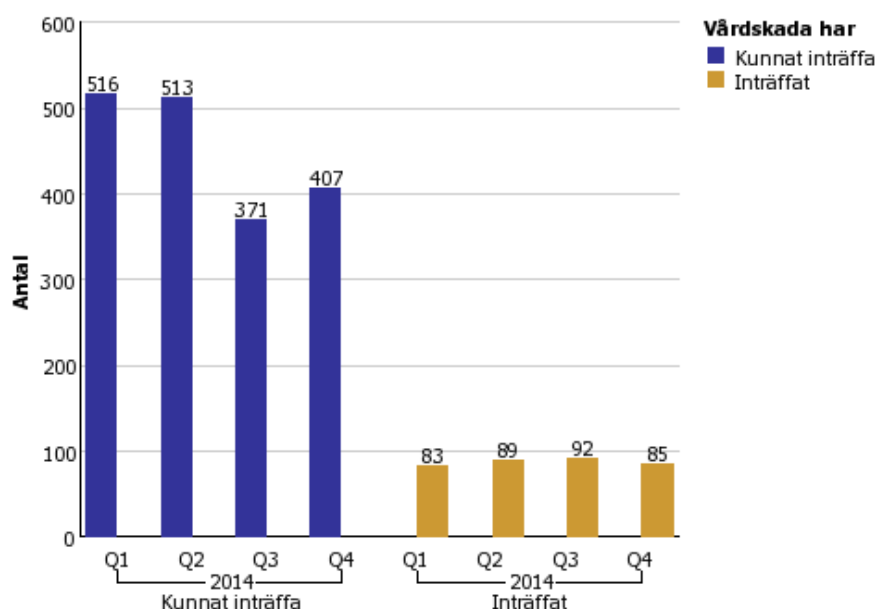
viktig förutsättning för att förbättra resultaten vid patientsäkerhetskulturmätning vid nästa mättillfälle.

I jämförelse med de regionala, och än mer med de nationella resultaten ligger NU-sjukvården lägre i de flesta dimensionerna.

NU-sjukvården publicerar artiklar som beskriver det konkreta patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer på intranätet och NU-sjukvårdens hemsida.

MedControl PRO

Antal vårdskador



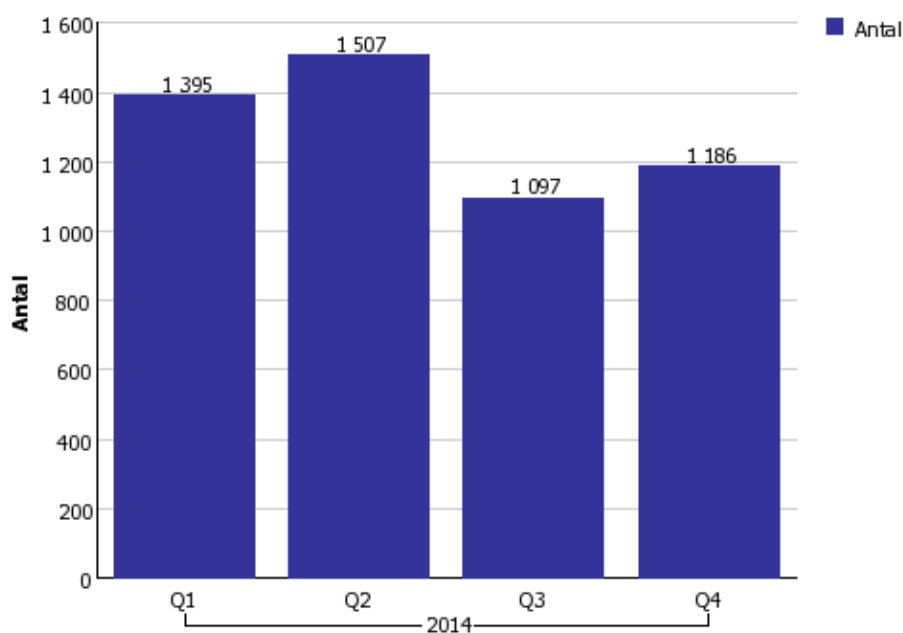
Riskvärde	Kunnat inträffa				Inträffat				Summa(Riskvärde)
	2014				2014				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	53	73	93	164	4	11	17	34	449
Riskvärde 1	395	370	222	192	52	56	62	34	1 383
Riskvärde 2	64	68	54	50	22	15	11	13	297
Riskvärde 3	4	2	2	1	5	7	2	4	27
Summa	516	513	371	407	83	89	92	85	2 156

Huvuddelen av registrerade patientavvikelser utgörs av tillbud (kunnat inträffa). Avvikelseerna är ungefär jämt fördelade under året. Totalt har 36 avvikelser fått det högsta riskvärdet. Det är både tillbud och inträffade vårdskador. Under året har NU-sjukvården anmält 34 (42) ärenden enligt Lex Maria.

Diagrammet och tabellen visar antal patient- och personalavvikelser för år 2014 i NU-sjukvården.

MedControl PRO

Antal avvikelser

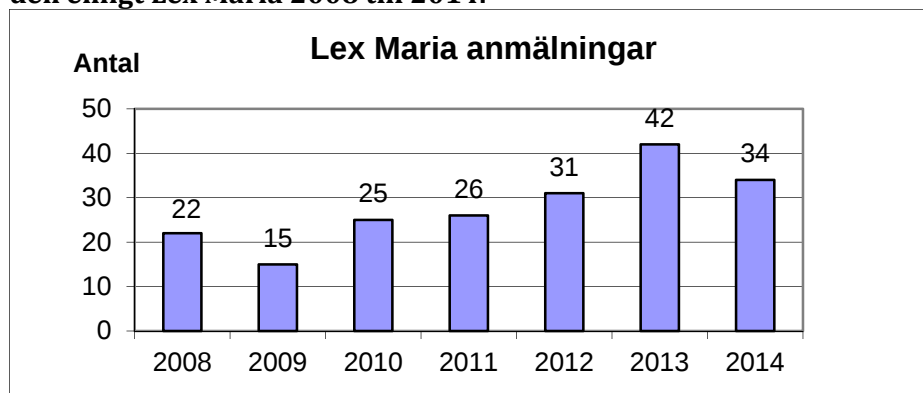


Avvikelser	2014				Summa(År händelse)
	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	137	279	223	480	1 119
Riskvärde 1	1 027	1 071	723	550	3 371
Riskvärde 2	222	145	136	148	651
Riskvärde 3	9	12	15	8	44
Summa	1 395	1 507	1 097	1 186	5 185

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal avvikelser" (2015-01-12)

NU-sjukvården har haft som mål att medarbetarna ska skriva minst en avvikelse var under året. År 2013 skrevs 1,0 avvikelse/nettoårsarbetare och 2014 var motsvarande siffra detsamma.

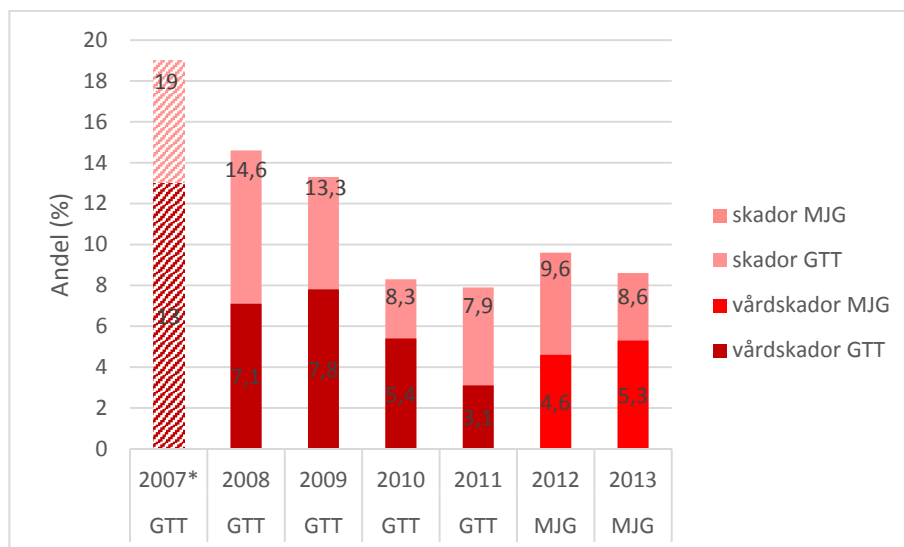
Diagrammet visar en sammanställning över antalet anmälda ärenden enligt Lex Maria 2008 till 2014.



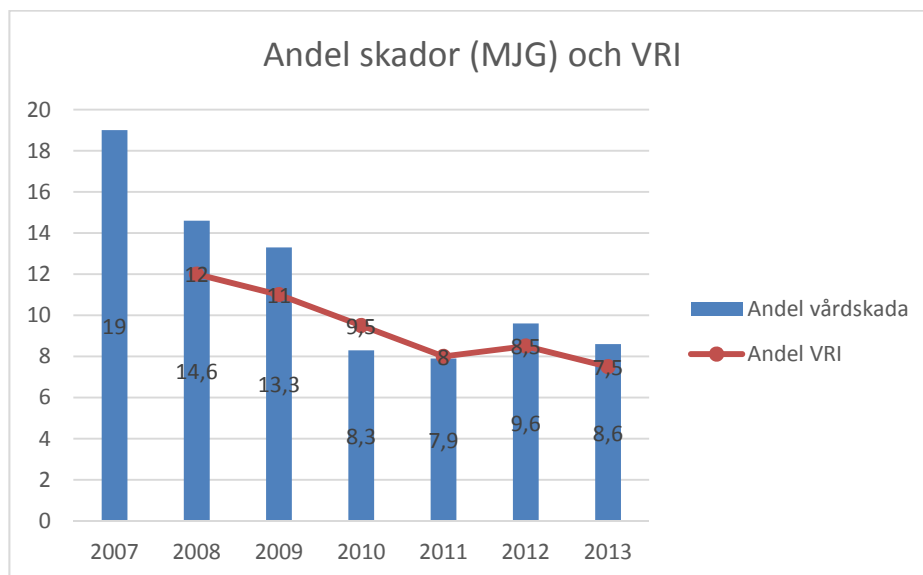
Antalet Lex Maria anmälningar har minskat senaste året vilket beror på ändrade rutiner.

NU-sjukvården har sedan andra halvan av 2007 genomfört sjukhusövergripande journalgranskningar enligt metoden global trigger tool (GTT) och sedan 2012 används metoden markörbaserad journalgranskning (MJG). Under 2014 har antalet journaler som granskats varit 30 sjukhusövergripande.

Andel slutenvårdstillfällen där patienten drabbats av en skada/vårdskada i NU-sjukvården 2007-2013

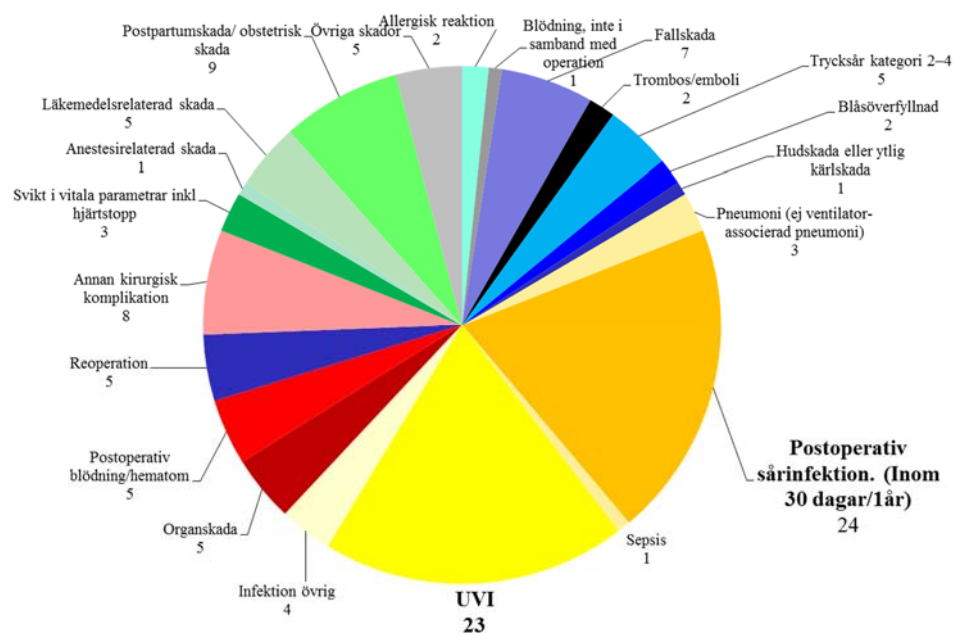


Utfallet för GTT och MJG relaterat till resultat för VRI presenteras i diagrammet.



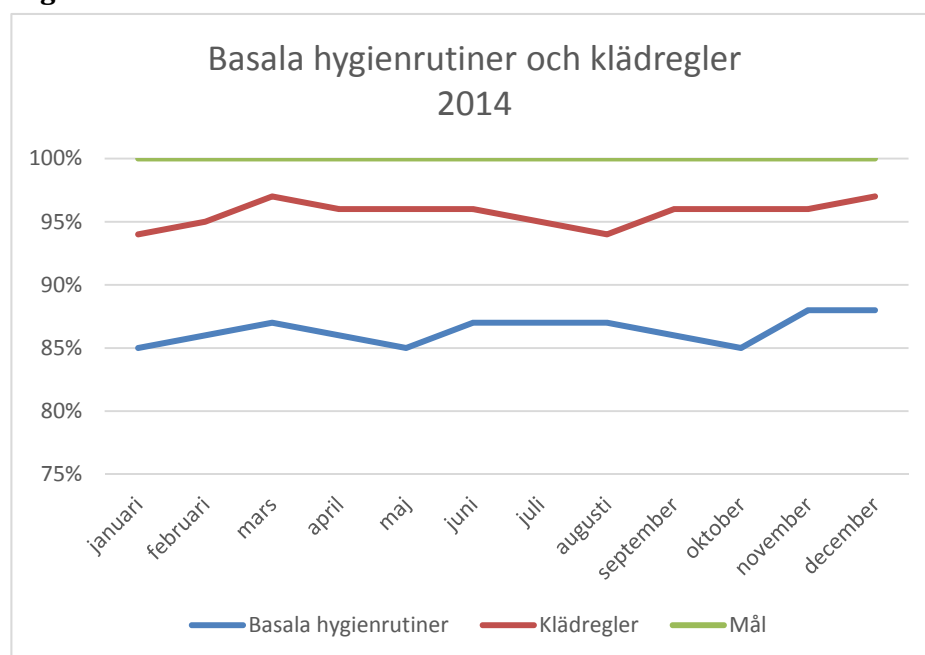
Andelen av sjukhusvårdtillfällen med minst en skada har minskat sedan starten av mätningar 2007. De senaste åren har andelen planat ut. Man kan se en liknande bild vid mätningar av vårdrelaterade infektioner (PPM-mätningar). Infektionerna ingår som en delkomponent i mätningarna ovan. Sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskningar har fortsatt under 2014. Data för 2014 presenteras i april 2015 då metoden medför tre månaders eftersläpning av utfallet.

Diagrammet visar resultat för år 2014 tom augusti indelat i antal vårdskador per skadetyper av det totala antalet skador.



Andelen vårdrelaterade infektioner har ökat och dominerar även skadepanoramat vid MJG.

Diagram som visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

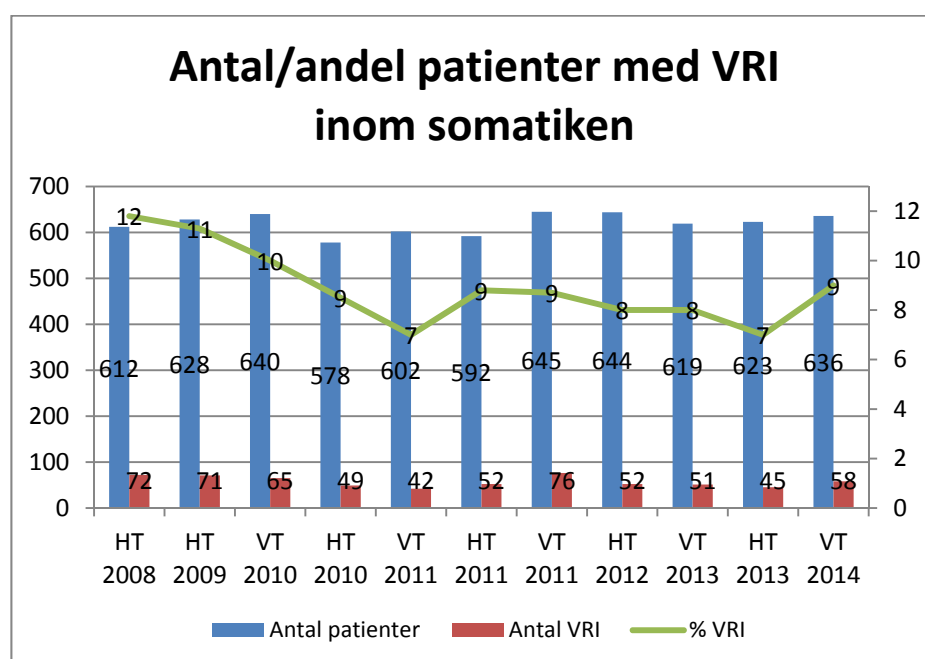


Källa: Webbasert rapporteringssystem för NU-sjukvården

I december 2014 var följsamheten till basala hygienrutiner 88 procent och till klädregler 97 procent.

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler ligger sammantaget på en hög nivå. Det är kanske inte möjligt att uppnå 100 procents följsamhet till basala hygienrutiner i alla situationer, men däremot borde följsamheten till klädregler vara 100 procent.

Diagrammet visar utfall vid punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner i NU-sjukvården 2008 till 2014

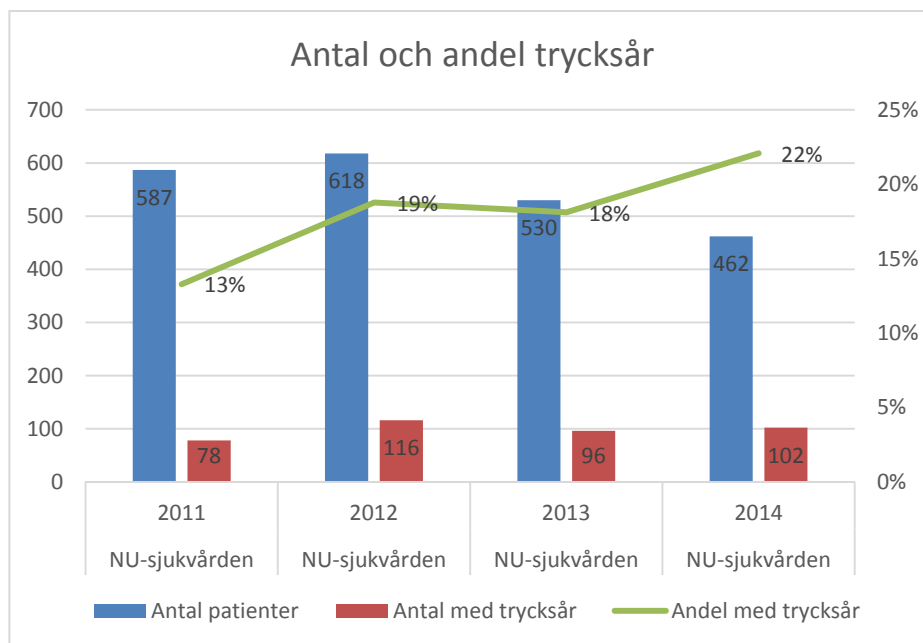


Andelen VRI sjönk under åren 2008 till 2011, men därefter planat ut. Fortsatt uppföljning av vårdrelaterade infektioner sker genom infektionsverktyget. NU-sjukvården implementerade Infektionsverktyget i februari 2014. Validerade utdata har inte lyckats få fram under 2014.

Regionala Strama har i uppdrag att ta fram mått för jämförelse mellan sjukhusen.

För fjärde året i rad har det våren 2014 genomförts punktprevalensmätning av förekomst av trycksår.

Diagrammet visar andel patienter med trycksår vid punktprevalensmätningar 2011 – 2014



Sedan 2012 har standardvårdplan breddinförts, sårombud har utbildats och medarbetarna har genomgått utbildning i hudbedömning. Riskbedömning ingår i standardvårdplanen och genomförs mer systematiskt än föregående år.

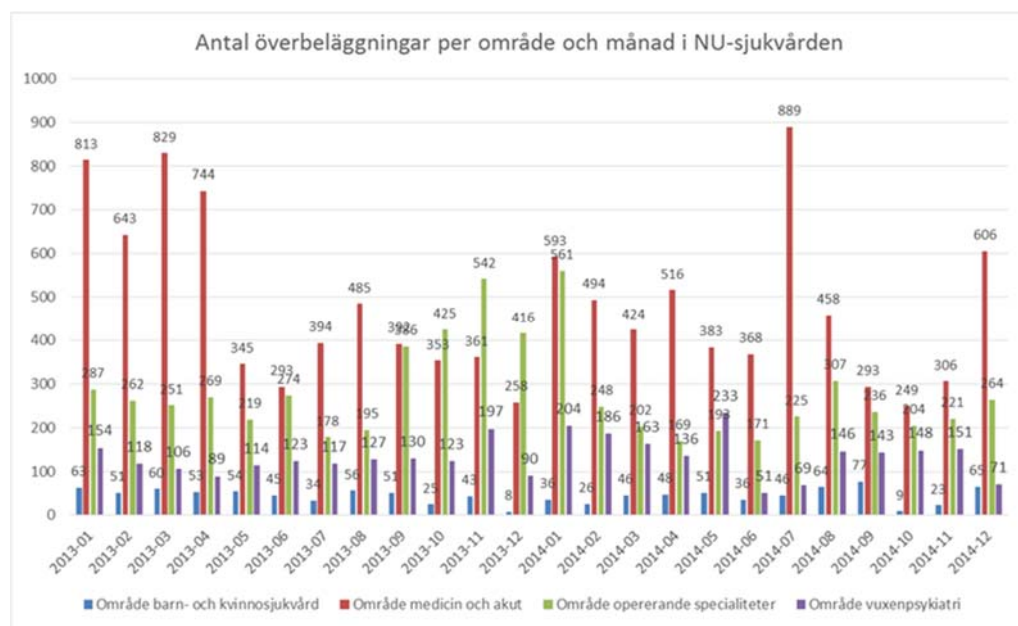
I den nationella punktprevalensmätningen av trycksår vecka 10, 2014, visade att andelen trycksår har stigit jämfört med tidigare år. Mätningen ska genomföras på 25 avdelningar av dessa var det 22 avdelningar som genomförde mätningen. Vid mätningarna år 2011-2012 var det fler psykiatriavdelningar och BB-enheten som deltog vid mätningen vilket gör att resultaten inte går att jämföra korrekt. Under 2015 kommer NU-sjukvården införa sjukhusgemensamt sårvårdsteam för att öka kunskap och sprida lärandet för att minska andelen trycksår.

Vid årets mätning deltog 463 patienter och av dessa hade 102 patienter trycksår grad 1-4. Merparten (63 procent) var av grad 1, vilket innebär hel hud med kvarstående rodnad.

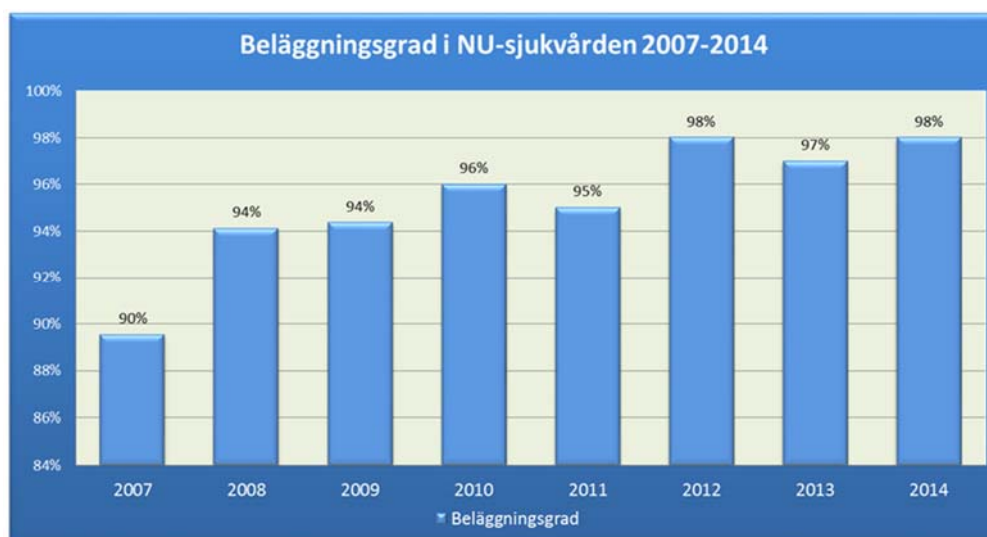
I de andra kategorierna var resultatet 23 procent grad 2 vilket innebär delhudsskada, "avskavd" hud eller blåsa. 12 procent grad 3 vilket innebär fullhudsskada utan sårkavitet och 8 procent grad 4 vilket innebär fullhudsskada med sårkavitet och/eller vävnadsnekros.

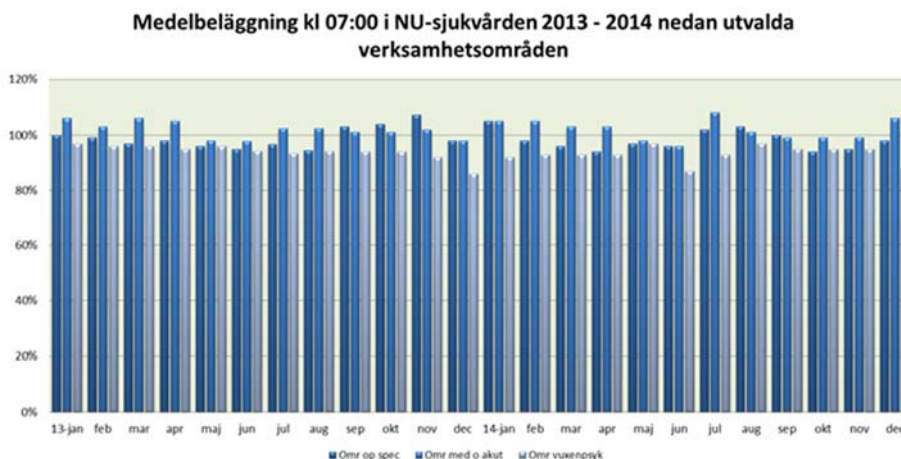
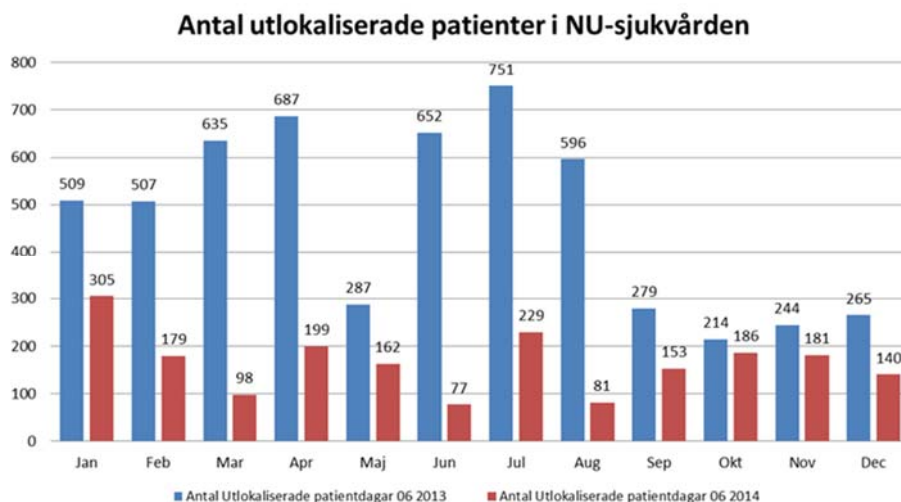
För att kunna vidta rätt åtgärder och förebygga att trycksår uppstår är det viktigt att identifiera om patienten har trycksår vid inskrivning. Vid mätningen konstateras att 10 procent hade trycksår dokumenterat inom 24 timmar.

Resultat avseende överbeläggningar



Resultat avseende beläggningsgrad





Beläggningsgraden ligger fortfarande högt i NU-sjukvården. Medelvärdet under året är 98 procent över alla verksamheter. Störst problem har område medicin, men även område opererande hamnar av och till över 100 procent. NU-sjukvården har under året fått tillskott av vårdplatser, men dessa har inte kunnat utnyttjas fullt ut på grund av svårigheter att rekrytera personal. Antalet utskrivningsklara patienter är fortfarande högt.

För allmänpsykiatrins sju vårdavdelningar har beläggningsgraden varit 97,6 procent. Detta innebär i realiteten överbeläggningar.

För rättspsykiatrins fyra vårdavdelningar har beläggningsgraden varit 84,6 procent.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2015 kommer NU-sjukvården att konsolidera den akuta verksamheten till NÄL, innebärande flytt av akut ortopedi från Uddevalla sjukhus. Parallellt kommer NU-sjukvården att koncentrera planerad vård till Uddevalla sjukhus. Akutmottagningen på NÄL samt vårdavdelningarna på NÄL respektive Uddevalla sjukhus anpassas till den nya situationen.

I enlighet med utvecklingsplanen kommer det centrala patientsäkerhetsarbetet att stärkas. En viktig förutsättning för att kunna utveckla kvaliteten inom vården är att tid och resurser avsätts för utvecklingsarbete och forskning. För att säkerställa en evidensbaserad vård har NU-sjukvården tagit fram standardvårdplaner. Under 2015 är ett av målen att öka värde för patienterna genom att arbeta med värdebaserad vård.

En framgångsfaktor för att bedriva säker vård är att utveckla säkerhetskulturen. Ny mätning av patientsäkerhetskulturen kommer att genomföras under hösten 2015.

NU-sjukvården arbetar för att minska antalet vårdrelaterade infektioner genom att aktivt tillämpa basala vårdhygieniska principer och implementera

SKL:s förebyggande handlingsplaner i verksamheterna. NU-sjukvården ska också minimera antalet vårdskador genom att förebygga läkemedelsfel i vårdens övergångar, fall, fallskador och trycksår i samband med vården.

Risikanalyser genomförs vid väsentliga förändringar i verksamheten och om det inträffar många allvarliga avvikelser inom ett område. NU-sjukvården ska arbeta med säker remisshantering och samverka med andra vårdgivare, främst primärvården och kommunal vård och omsorg.

En viktig grund för att nå framgång i arbetet med patientsäker vård är en väl utvecklad säkerhetskultur.

Aktiviteter i handlingsplan för patientsäkerhetsarbete 2015

Aktivitet	Ansvarig
Säkerställa att resurser för analysledare samordnas sjukhusövergripande.	Chefläkare
Verka för att genomföra utbildning, 7,5 hp, i patientsäkerhet för i första hand verksamhetschefer, vårdenhetschefer och medicinskt ledningsansvariga.	Chefläkare
Införa sjukhusgemensamt sårvårdsteam för att öka kunskap och sprida lärandet	Chefläkare

Uppföljning av verksamheternas patientsäkerhetsarbete

Sjukhusdirektörens ledningsgrupp följer upp målen för patientsäkerhetsarbetet för verksamheterna på ett liknande sätt som i "öppna jämförelser"

Redovisning av 2014 års säkerhetsarbete till regionstyrelsen, dnr RS 142-2014

Nämnder, styrelser och bolagsstyrelser ska årligen redovisa sitt säkerhetsarbete till regionstyrelsen och i respektive årsredovisning enligt regionfullmäktiges beslut den 22 april 2008, dnr RSK 636-2006.

Utgångspunkt för redovisningen är styrande dokument som Säkerhetspolicy och Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2013-2016 fastställd av Regionfullmäktige den 14 maj 2013, dnr RS 572-2011.

Förvaltningschef, säkerhetschef, eller motsvarande, eller av förvaltningschef utsedd kontaktperson ansvarar för att svar och bedömningar ger en rättvisande bild av förvaltningens säkerhetsarbete och säkerhetsläge under 2014. Det är färre frågor i år jämfört med tidigare år och inför varje fråga finns en text som förklarar varför frågan är ställd.

Se skrivelse 2014-11-05 "Anvisning till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser för hur säkerhetsarbete, säkerhetsläge och krishanteringsförmåga avseende 2014 ska redovisas till regionstyrelsen".

Del 1 – Inledning

1. Ange förvaltning, bolag eller verksamhet

NU-sjukvården

2. Ansvarig tjänsteman för denna rapport/enkät är:

Ann-Sofie Rundberg

3. Antal personer har medverkat och påverkat svar i denna enkät

☒ 5-10 personer

4. Svar i denna rapport/enkät har tagits fram

☒ Nej, inte i samråd med andra förvaltningar

5. Svar i denna enkät har redovisats till nämnd, styrelse eller bolagsstyrelse

☒ Ja

Del 2 Uppföljning av säkerhetsstrategiska mål

Sammanställning av svar från förvaltningar och bolag avseende 2014 kommer att göras enligt tidigare års principer enligt den s.k. cockpitmodellen vilket innebär följande:

- 1 = Vi är långt ifrån att uppnå uppsatta mål. Mycket arbete återstår.
 2 = Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår.
 3. = Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg.
 4. = Vi bedömer att vi nå våra mål
 5. = Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta

6. Mål 1 - Regionövergripande och regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser inom VGR

☐ Inget behöver hanteras

☒ Följande behöver hanteras

Akut läge smitta (ex. behov av samordning inköp av utrustning inom VG-region, pat.rutiner övergripande. Ska alla olika områden ha olika utrustningar och var sin?)
IS/IT (ex. behov av gemensamma patientjournalssystem, samt samordning av dessa)

Nämnd/styrelse är ansvarig för att incidenter, inträffade skador och risker för skador rapporteras, analyseras och dokumenteras på ett systematiskt sätt samt att relevanta åtgärder genomförs i verksamhet

7. Mål 1 - Avvikelser hanteras på ett systematiskt sätt

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☒ ☐ Stämmer helt

Västra Götalandsregionens egna och externt hyrda lokaler ska säkerhetsklassificeras av verksamhet enligt modell som Västfastigheter tillhandahåller

8. Mål 1 - Verksamhetens lokaler är säkerhetsklassificerade

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5
☒ ☐ ☐ ☐ ☐ Stämmer helt

9. Mål 2 - Ledningen har regelbunden genomgång av säkerhetsfrågor

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☒ ☐ ☐ Stämmer helt

10. Mål 3 - Västfastigheter har tagit över ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☒ Stämmer helt

Nämnden, styrelsen, bolaget ska se till att säkerhetsarbetet fastställs i en plan som utgår ifrån verksamhetens mål, skyddsvärda objekt och regionala direktiv.

11. Mål 5 - Handlingsplan för säkerhetsarbetet finns och är fastställd av nämnd eller styrelse. Om detta ingår i den interna kontrollplanen är det att jämföras.

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5
☐ ☐ ☐ ☐ ☒ Stämmer helt

Enligt Västra Götalandsregionens krishanteringsplan ska varje förvaltning minst vartannat år genomföra risk- och sårbarhetsanalyser som ska ligga till grund för genomförande åtgärder samt utformning av lokal krishanteringsplan och krisorganisation. De lokala risk- och sårbarhetsanalyserna ska ligga till grund för en samlad bedömning av Västra Götalandsregionens krishanteringsförmåga.

12. Mål 5 - **Krishanterings- och beredskapsplan finns och är fastställd av nämnd eller styrelse**

Stämmer inte alls 1 2 3 4 5 Stämmer helt
☐ ☐ ☐ ☐ ☒

13. Mål 5 - **Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2014 i syfte att förbättra krishanteringsförmågan?**

☒ Nej

☐ Ja och antalet RSA vs krishanteringsförmåga som har genomförts är

14. Mål 5 - **Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2014 som påverkat krishanteringsförmågan?**

☐ Nej

☒ Ja och exempel på åtgärder är

- Katastrofmedicinska krisberedskapsutbildningar i syfte att öka personalen kompetens. En tvådagars katastrofmedicinsk utbildning med obligatorisk närvaro för NU-sjukvårdens samtliga AT-läkare har genomförts. Utbildningen innehåller både föreläsningar och praktiska övningar.
- PKL-övning med ett hot och våld-scenari i skolmiljö genomfördes under hösten med markörer från Högskolan Väst.
- Kontinuerliga utbildningar och övningar i saneringsenheten på NÄL med fokus på saneringsmetodik och personlig skyddsutrustning. Dessa övningar har medfört en förbättring av åtgärdskort för saneringsarbetet.
- Utbildning sjukvårdsgrupp från AnOpIVA har genomförts under hösten 2014.
- Katastrofmedicinsk utbildning inklusive övning i saneringsenhet har genomförts i NU-sjukvårdens uppdragsutbildning för undersköterskor till ambulanssjukvårdare
- Samverkansövningar med Högskolan Väst i form av 3ns övningar med deltagare från räddningstjänst, polis, ambulanssjukvård och enheten för säkerhet och beredskap.
- CBRNE-nätverk i Fyrbodalen och i NU-sjukvården, som utvecklar och förbättrar arbetet inom området farliga ämnen.
- Regional temadag i smittskydd/B-händelser, där årets temadag hade fokus Ebola.
- Genomför utbildning och övning av skyddsutrustning av NU-sjukvårdens "Ebolaambulans", som är placerad i Munkedal. I övningen ingick överlämning av patient till Infektionsavdelning och IVA NÄL.
- Deltagande i samrådsgrupp för sjöräddning i SAR-område Skagerack där sjöräddningsenheter och landbaserade blåljusorganisationer samverkar och övar. SAR = Search and Rescue.
- Uppföljning av genomförd Krisledningsövning/seminarium oktober 2013 genomfördes av PKMC med stöd av MSB under 2014. Målet var att öka c

3(5)

stärka samverkan mellan olika myndigheter i krisstödsarbetet.
Medverkande från NU-sjukvården var PKL, Säkerhet och beredskap och kommunikatör.

- Ökad krishanteringsförmåga mellan PKMC och sjukhusområdena vid exempelvis vädervarningar och vårdplatsbrist via gemensamma telefonkonferenser.
- Funktionen NU-TiB har en central roll i krishanteringsförmågan.
- Scenarioövningar och stabsövningar har genomförts med alla medarbetare i TIB-funktionen.

15. Mål 5 - Verksamheten genomför övningar inom området kris- och katastrofledning

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	☐	☐	☐	☒	☐	Stämmer helt

För att undvika hot och våld måste vi arbeta förebyggande och ändå vara väl förberedda när det inträffar. All personal ska därför regelbundet, minst vart tredje år, erbjudas utbildning kring personsäkerhet.

16. Mål 6 - Anställda i verksamheten får utbildning i personsäkerhet

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	☐	☒	☐	☐	☐	Stämmer helt

Informationsklassificering ska leda till funktionella säkerhetskrav på tekniken samt hanteringsrutiner i verksamheten som tillsammans uppfyller en säkerhetsnivå som motsvaras av klassificeringen.

17. Mål 7 - Förvaltningens information är klassificerad

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	☐	☐	☒	☐	☐	Stämmer helt

18. Mål 7 - Informationsklassificering ligger till grund för funktionella säkerhetskrav på tekniken formulerade i beställningen av IS/IT

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	☐	☐	☐	☒	☐	Stämmer helt

I verksamhetens kontinuitetsplan ska ingå manuella rutiner för alternativ drift utan informationssystem. Personal ska utbildas och rutiner ska årligen testas.

19. Mål 7 - Det finns rutiner som kan tillämpas vid IT-avbrott

	1	2	3	4	5	
Stämmer inte alls	☐	☐	☐	☒	☐	Stämmer helt

Del 3 - Hälso- och sjukvård

20. Förvaltningar inom hälso- och sjukvård

☒ Ja, min verksamhet är inom hälso och sjukvård

☐ Nej, min verksamhet är inte inom hälso- och sjukvård

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2008:14 ska återrapportering till vårdgivaren (Regionstyrelsen) omfatta granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse och riskanalyser samt förbättringsåtgärder som vidtagits. Svar kommer även att inhämtas från andra källor. Nedanstående frågor gäller endast åtgärder i egen verksamhet.

21. Granskningar, skyddsåtgärder av större betydelse, riskanalyser och förbättringsåtgärder som har vidtagits under 2014 – besvaras endast av förvaltningar inom hälso- och sjukvård.

☐ A. Granskningar/riskanalyser - inget ytterligare att redovisa förutom det som återfinns i fråga 13 angående krishantering

☒ A. Genomförda granskningar/riskanalyser är:

Riskanalyser vid Lex Mariaärenden samt IVO-ärenden

☐ B. Skydds-/förbättringsåtgärder av större betydelse - inget ytterligare att redovisa förutom det som återfinns i fråga 14 ang krishantering

☒ B. Genomförda skydds-/förbättringsåtgärder är:

Nya och uppdaterade rutiner för hantering av IVO-ärenden samt händelsanalyser

VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2014

**Organ- / vävnadsdonation
inom NU-sjukvården**

***Per Hederström
Donationsansvarig Läkare***

Innehåll

1.	Bakgrund	3
2.	Verksamhetens övergripande uppdrag	3
3.	Verksamhetens arbete och följsamhet till uppsatta mål 2014	4
3.1.	LOKAL HANDLINGSPLAN.	4
3.2.	VERKSAMHET MED HORN-HINNEDONATIONER.	4
3.3.	ORGANDONATION.	5
3.4.	UTBILDNING.	9
3.5.	KOMPETENSUTVECKLING	9
3.6.	INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN	10

1. Bakgrund

Nya rekommendationer för donationsansvariga läkare och sjuksköterskor. Socialstyrelsen (SoS) ersätter Donationsrådets rekommendationer från 2007 för donationsansvariga läkare (DAL) och donationsansvariga sjuksköterskors (DAS) roll inom donationsverksamheten. Den nya rekommendationen riktar sig till vårdgivare och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården. Syftet är att funktionen DAL och DAS ansvar och uppdrag i vårdgivarens linjeorganisation ska bli tydligare.

I de nya rekommendationerna betonas att DAL och DAS ska vara en del av kvalitets- och ledningssystemet och att vårdgivaren är ansvarig för att ledningssystemet anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Sedan 2010 har det funnits i NU-sjukvården en lokal donationsorganisation med tillsättande av en DAL och en DAS. Dessa har varit organisatoriskt underställda sjukhusledningen.

Fr.o.m. 2015 utgör donationsverksamheten del av AnOpIVA-klinkens verksamhetsområde, DAL blir då medicinskt ledningsansvarig för organ- och vävnadsdonationsverksamheten.

I VGR finns en regional enhet för organdonation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Enheten finns organisatoriskt inom sjukhusgemensam administration och sorterar direkt under sjukhusets kvalitetsdirektör för att markera enhetens oberoende.

2. Verksamhetens övergripande uppdrag

Uppdraget som donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska innebär att ansvara för att:

1. aktivt arbeta för att identifiera donatorer
2. skapa rutiner för organ- och vävnadsdonation, t.ex. genom att Upprätta lokala handlingsplaner för donationsverksamheten.
3. höja kunskapsnivån genom att utbilda och informera om organ- och vävnadsdonation inom sjukhuset, så att denna verksamhet ingår som en naturlig del av den övriga hälso- och sjukvården.
4. kvalitetssäkra, följa upp verksamheten och regelbundet rapportera till sjukhusets ledning.

5. fortlöpande registrera samtliga dödsfall inom intensivvården till Svenskt intensivvårdsregister, SIR. En rapportering av möjliga och verkliga donatorer har visat sig leda till en ökning av antalet donatorer.
6. aktivt bidra till att erforderlig kompetens upprätthålls inom organisationen
7. fortlöpande samarbeta med den regionala enheten för donationsfrågor och med Socialstyrelsen i syfte att förbättra och utveckla verksamheten rörande organ- och vävnadsdonation.
8. upprätthålla en kontinuerlig kontakt och ett nära samarbete med den del inom hälso- och sjukvården som utför transplantationer (transplantationsenheterna).

3. Verksamhetens arbete och följsamhet till uppsatta mål 2013

3.1. LOKAL HANDLINGSPLAN.

Redan 2012 utarbetades en lokal handlingsplan för omhändertagandet av organdonator, som reviderades under 2013 och 2014. Tillsammans med den regionala Donationspärmen utgör den fundamentet för att skapa säkra rutiner för medicinskt omhändertagande av möjlig donator på IVA och Operation. Dessa beskriver hela donationsprocessen från att donator identifierats till uttagsoperation på C-Operation och omhändertagandet av den avlidne på IVA för möjlighet till avsked av anhöriga. (se bilaga 1)

3.2. VERKSAMHET MED HORNHINNEDONATIONER.

Hornhinnetransplantationer är det vanligaste transplantationsingreppet i Sverige. Varje år utförs cirka 600 operationer. Ändå skulle cirka 900 hornhinnetransplantationer per år behöva utföras i vårt land. Det stora hindret är bristen på donerade hornhinnor.

Under 2013 startade verksamheten med tillvaratagande på hornhinnor på avlidna på våra vårdavdelningar. Samarbetsformer med vävnadsbanken i Göteborg och Patologen/Obduktion, NU-sjukvården, upprättades. Lokala riktlinjer och handlingsplaner upprättades för screening och utredning av potentiella hornhinnedonatorer och för samtyckesinhämtning. (se bilaga 2)
DAL och DAS har fått behörighet till donationsregistret.

Inom ramarna för DAL och DAS tjänstgöringsgrad har inrättats en beredskapslinje 2-3 dagar i veckan, vilket innebär att när potentiell donator identifierats på Patologen startar arbetet med medicinsk utredning, kontroll i donationsregistret, inhämtning av samtycke och kontakt med vävnadsbanken. Vävnadsuttaget sker på Obduktion av personal från Vävnadsbanken i Göteborg. Resurserna från DAL/DAS, obduktion och hornhinnebanken räcker inte till under de tre sommarmånaderna.

NU-sjukvården har också bidragit till en ny journal för vävnadsdonation som anses vara så bra att VGR, Hornhinnebanken, överväger att använda den i hela regionen (se bilaga 3).

Utfall

År	Donationsutredningar	Hornhinneuttag (n hornhinnor)
2013	24	6 (12)
2014	31	11 (22)

3.3. ORGANDONATION.

Målsättningen med verksamheten är att inga möjliga organdonatorer missas. Uppföljningen sker via Svenska Intensivvårdsregistret där samtliga avlidna patienter på IVA registreras, vilket ger oss möjlighet till en nationell, heltäckande uppföljning av all intensivvårdspatienter i Sverige samt jämförelser med andra sjukhus.

Nationella rådet för organ, vävnad, celler och blod har tagit fram nya nationella mätetal som är till för att kvalitetssäkra organdonation hos vårdgivaren och vara vårdgivarens instrument för att identifiera vad som kan förbättras inom området. Vid framtagning av dessa mätetal har de, som framtagits av EU-projektet ODEQUS (Organ Donation European Quality System), använts som grund. (se bilaga 4)

Det rekommenderas att registreringen hanteras av donationsansvariga läkare och sjuksköterskor (DAL och DAS). Mätetalen graderas A, B eller C, där mätetal markerade "A" bedömts vara av största vikt och "C" av lägst vikt.

Mätetalen 1, 2, 3 och 11 redovisar förekomst av tillsatta DAL och DAS, förekomst av PM som styr donationsverksamheten samt given utbildning. Dessa mätetal registreras årligen via ett webb-formulär från Svenskt intensivvårdsregister (SIR).

Underlag för mätetalen 4, 5, 6, 9 och 12 registreras genom inmatning i Svenskt intensivvårdsregisters modul "Avlidna på IVA" och sker med fördel i nära anslutning till dödsfallet på intensivvårdsavdelningen enligt befintliga rutiner för detta. Sammanställning görs årligen av SIR och ger möjlighet till både lokala, regionala och nationella uppföljningar.

Mätetalen 7, 8 och 10 kan användas för lokala uppföljningar av donationsverksamheten.

Ny nomenklatur har införts för att skapa kongruens och anpassning till transplantationsverksamheten och korrekta jämförelser i Socialstyrelsens årliga sammanställning av donatorer.

Med **möjlig organdonator** menas patient med svår nytillkommen hjärnskada, som vårdas i respirator vid ankomst till eller under vårdtiden på intensivvårdsavdelning där patientens hjärnfunktioner inte är metaboliskt eller farmakologisk påverkade och samtliga av 1-3 nedan är uppfyllda:

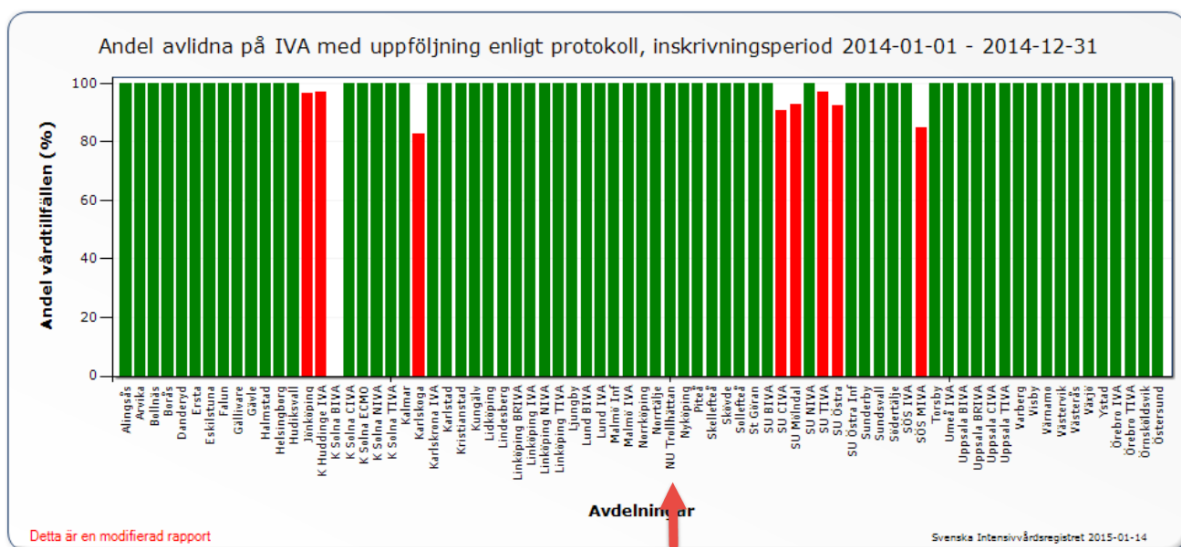
1. RLS > 6 eller GCS < 5
2. Bortfall av spontanandning *eller* minst en kranialnervsreflex
3. Hög sannolikhet för utvecklande av total hjärninfarkt

Med **potentiell donator** menas en möjlig donator som misstänks uppfylla de direkta kriterierna för total hjärninfarkt och diagnostik av total hjärninfarkt planeras.

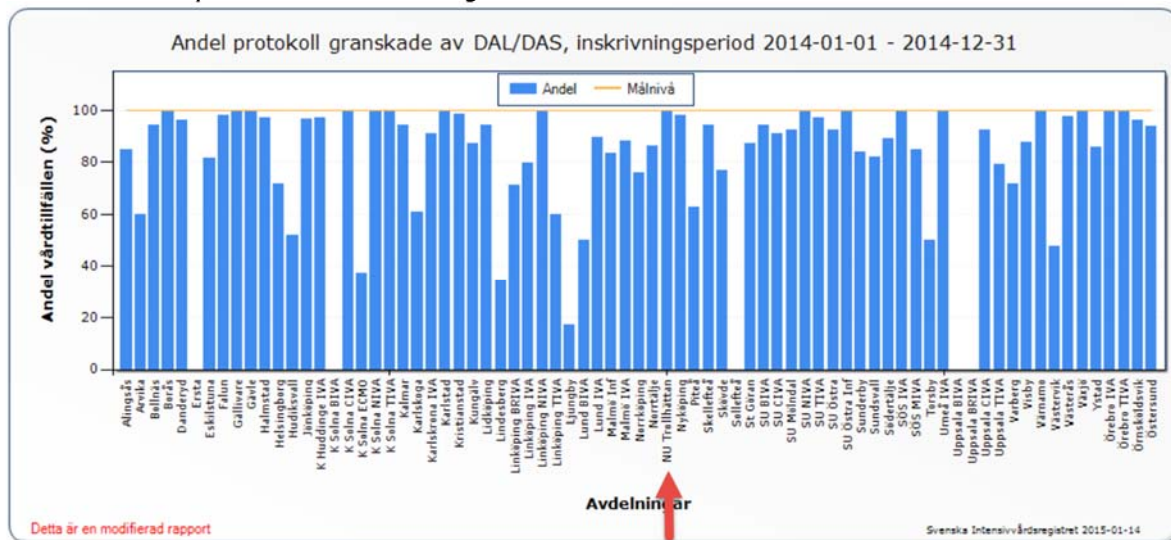
Med **lämplig donator** menas en potentiell donator som konstaterats avliden med de direkta kriterierna där medgivande för donation finns och är medicinskt lämplig som donator.

Med **aktuell donator** en lämplig donator där hudincision gjorts i syfte att ta till vara organ för transplantation eller där minst ett organ tagits ut i syfte att transplanteras.

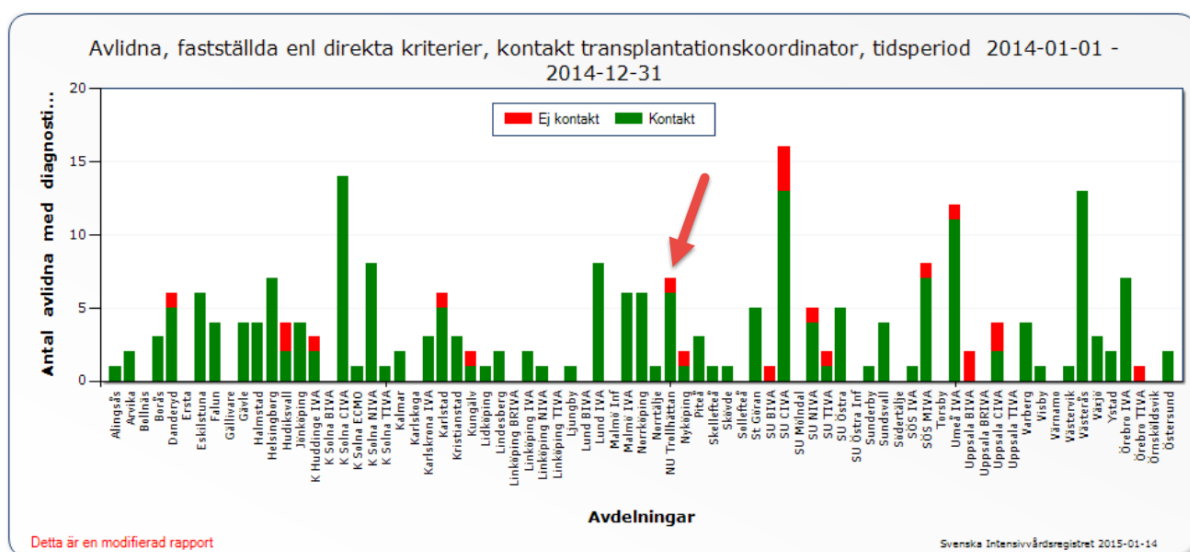
Med **faktisk donator** menas en aktuell donator där minst ett organ har tagits till vara och transplanterats.



Av dessa 92 protokoll var 92 granskade av DAL/DAS



Av dessa 92 avlidna patienter hade döden fastställts med indirekta kriterier (hjärtdöd) på 85 patienter. 7 patienters död fastställdes med direkta kriterier där man i 6 fall varit i kontakt med transplantationskoordinator.



Således har NU-sjukvården uppfyllt målnivåerna avseende avlidna på IVA på alla punkter förutom i ett fall där kontakt ej tagits med transplantationskoordinator.

Av dessa 7 avlidna kunde donationsprocessen fortgå till en uttagsoperation i 4 fall utav de avlidna. I 1 av fallen nekade transplantationsenheten p.g.a. kontraindikationer och i 1 fall togs aldrig kontakt med transplantationskoordinator då ansvarig läkare ansåg att det förelåg kontraindikationer mot organuttag. **Detta fall**

måste utredas vidare då det inte är lege artis att vi avgör kontraindikationer. Det är transplantationsverksamheten som avgör det. I 1 av fallen fanns ett skriftligt Nej till organdonation.

4 avlidna gick till uttagsoperation, men i ett av dessa fall avbröts donationsingreppet efter hudincision då organviabiliteten ansågs för dålig.

I 3 av fallen kunde uttagsoperationen fullföljas med ett flertal organ som kunde transplanteras med lyckade resultat.

3.4. UTBILDNING.

Under 2014 skapades flera utbildningstillfällen för IVA-personal. Vidare har DAL och DAS varit ute på 1 avdelning (Njurmedicin) för att informera om donationsprocessen. DAS har också deltagit vid uppdragsutbildning för undersköterskor i akutmedicin.

Tillsammans med den regionala organisationen påbörjades satsning på vidareutbildning på nyckelfunktioner och åtgärder. T.ex. handledning och utbildning av IVA-läkare i klinisk hjärndödsdiagnostik.

3.5. KOMPETENSUTVECKLING

DAL och DAS uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och råd avseende kompetenskrav genom att ha deltagit de nationella utbildningarna som leder fram till certifiering.

Under 2014 har vi deltagit i de regionala och nationella möten som ordnats för regionens och landets alla DAL och DAS.

Under 2014 fick vi (DAL och DAS i NU-sjukvården) möjlighet att delta i TPM. Transplant Procurement Management är internationellt den främsta referensen inom utbildningar kring samordning av donations- och transplantationsfrågor med en hög standard avseende kvalitet och etik.

Från Patologkliniken har 1 obduktionstekniker under 2014 gått grundkurs i vävnadsdonation.

3.6. INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN

Flera studier visar att svenska medborgare är positivt inställda till att bli organ- och vävnadsdonatorer. Det är av stor vikt att fortsätta att informera allmänheten sakligt om innebörden av att bli donator.

Under Donationsveckan 2014 gjordes en satsning tillsammans med Friskis och Svettis där vi presenterade donationsverksamheten och hade information och rådgivning till medlemmar i samband med deras träningspass.