



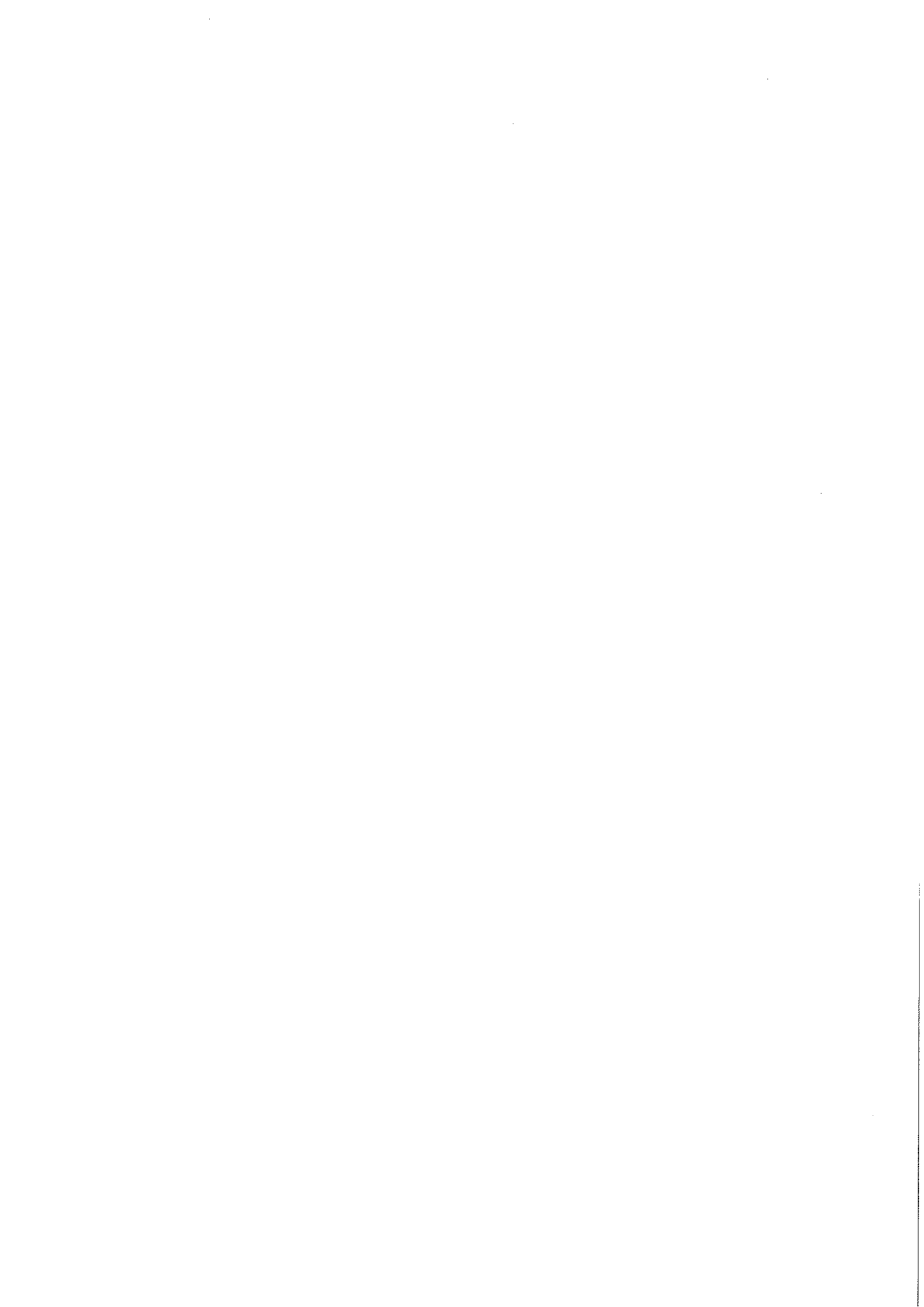
VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
NU-SJUKVÅRDEN

Dnr 21/2014

Årsredovisning 2013

NU-sjukvården

Styrelsen för NU-sjukvården 2014-01-30



5. MEDARBETARPERSPEKTIVET	29
5.1 Verksamheternas mål i medarbetarperspektivet	29
5.1.1 Hälsa, arbetsmiljö	30
5.1.2 Kompetensförsörjning	30
5.3 Personalstruktur	33
5.4 Personalvolym	33
5.5 Sjukfrånvaro	35
5.6 Bemanningsföretag	36
5.7 Jämställdhet och mångfald	37
5.8 Regionfullmäktiges prioriterade mål i medarbetarperspektivet	38
5.8.1 Löneskillnaderna mellan män och kvinnor ska fortsätta minska	38
5.8.2 Heltid ska vara norm vid tillsvidareanställning	39
5.8.3 Västra Götalandsregionen ska klara sin egen kompetensförsörjning	39
6. ÖVRIGT	40
6.1 Säkerhet och beredskap	40
7. EKONOMIPERSPEKTIVET	41
7.1 Verksamheternas mål i ekonomiperspektivet	41
7.2 Ekonomiskt resultat	42
7.2.1 Analys utfall jämfört med budget	43
7.3 Åtgärder vid ekonomisk obalans	48
7.5 Investeringar	50
7.6 Regionfullmäktiges prioriterade mål i ekonomiperspektivet	50
7.6.1 Resultatets andel ska långsiktigt uppgå till minst 1 procent av bruttokostnaderna	50
7.7 Regionfullmäktiges uppdrag i ekonomiperspektivet	50
7.7.1 Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans	50
7.7.2 Alla verksamheter ska öka sin produktivitet och effektivitet	52
7.7.3 Utförarstyrelserna ska i dialog med beställarna säkerställa att effektiviserings-kravet inte hanteras som ett generellt sparbetning som fördelas ut jämnt över hela organisationen	53
7.7.4 Tvååriga överenskommelser/avtal mellan beställare/uppdragsgivare och utförare ska tecknas	53
8. BOKSLUTSDOKUMENT OCH NOTER	54

Bilagor

Bilaga 1 Avrapportering intern kontroll i NU-sjukvården

Bilaga 2 Patientsäkerhetsberättelse

Bilaga 3 Säkerhetsrapport

1. Sammanfattning och slutsats

NU-sjukvården arbetar utifrån begreppet God Vård, d v s säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård samt vård i rimlig tid. Med visionen "Ett sjukhus i ständig utveckling för patientens bästa" menas att patienten möts av en vård präglad av hög patientsäkerhet, god tillgänglighet med verksamhet i balans och ett aktivt medarbetskap och ledarskap.

Under 2013 fortsatte arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården i Fyrbodalsområdet och samtidigt få en verksamhet i balans och komma tillrätta med sjukhusets ekonomiska obalanser. En regional genomlysning av NU-sjukvårdens ledningsmiljö gjordes under våren som resulterade i en åtgärdsplan innehållande 12 punkter som regionfullmäktige beslutade om. Åtgärdsplanen ledde bland annat fram till att en utvecklingsplan togs fram. I den framtagna utvecklingsplanen identifieras vision och mål, det medicinska uppdraget, medicinska samband, processarbete, kompetensförsörjning, styrning och ledning samt vilka åtgärder som ska genomföras inom de givna ekonomiska ramarna under de kommande 8-10 åren. I samma beslut från regionfullmäktige finansierades från regionen en extra medicinvårdavdelning under två år till och med 2014 för att minska överbeläggningarna inom sjukhuset.

Inriktningen mot att NÄL ska arbeta i huvudsak med akut vård och Uddevalla sjukhus i huvudsak med planerad vård tog i och med beslutet om utvecklingsplanen ytterligare ett steg under året. Om- och utbyggnad på NÄL av radiologin, MAVA, sterilcentral och akutmottagningen, operationssalar och mediaförsörjning beslutades och startade under året liksom planeringen för flytt av den akuta ortopedin i slutet av 2014 från Uddevalla sjukhus till NÄL.

Även om NU-sjukvården har en ekonomi i obalans uppvisar sjukhuset under året en förbättrad produktivitet som mellan 2012 och 2013 förbättrades i fasta priser med 1,2 procent. Brutto-kostnadsutvecklingen minskade också under större delen av året. I december var bruttokostnadsutvecklingen 0,6 procent inkluderat en lönerrevision med 2,5 procent.

Det ökade inflödet till akutmottagningen fortsatte under året, vilket också ledde till fler inskrivningar och överbeläggningar. Under våren var caliciläget besvärligt och de utskrivningsklara patienterna många. Under sommaren uteblev den befarade vårdplatsbristen bland annat genom vårdplatssamordning över områdesgränserna och färre utskrivningsklara patienter låg kvar på sjukhuset.

Vid slutet av året var antalet kvarliggande utskrivningsklara patienter i paritet med föregående år, trots att antalet var mycket färre tidigare under hösten och under sommaren mycket lågt. Antalet överbeläggningar per 100 vårdplatser var i december 3,3 per 100 disponibla vårdplatser (exklusive psykiatri) men stora variationer mellan områdena uppvisades.

För att förbättra och förstärka den nära vården och tillgängligheten till ambulanssjukvård har utökning med särskild utryckningsenhet, s k single responder, skett i Lilla Edet och Mellerud. Detta har genererat bättre möjligheter till samverkan med kommuner och vårdcentraler i det område bilen är placerad i.

De sammanvägda prestationerna ökade med 3 procent jämfört med budget och beställning från hälso- och sjukvårdsnämnderna men minskade med 0,4 procent jämfört med föregående år. Minskningen jämfört med föregående år har framför allt skett inom slutenvården men ef-

tersom inflödet av patienter också varit större än tänkt, inte i den takt som budgeten var planerad för. Antalet fastställda vårdplatser inom NU-sjukvården ökade under året med 16 somatiska vårdplatser. Patientinflödet till akutmottagningen ökade under året med 1,5 procent.

NU-sjukvården klarade varken måluppfyllelsen för vårdgarantin, 90-dagar, eller den s k Kömiljardgränsen, 60-dagar, för maximal väntetid för första besök eller behandling fullt ut under året. Vid årets slut hade 14 procent av alla väntande till första mottagningsbesök och 16 procent av alla väntande till operation/åtgärd väntat längre än vårdgarantigränsen. Sjukhuset kunde, efter tilldelning från regionens tillgänglighetssatsning, utfärda betalningsförbindelser för vård hos annan vårdgivare inom ögon, ortopedi, hud, gynekologi, kirurgi och neurologi.

NU-sjukvården fortsätter att visa goda resultat för vårdrelaterade infektioner. Vid mätningen i oktober låg VRI för de somatiska enheterna på 7 procent, vilket uppfyller regionens mål. Basala hygienrutiner och klädkoder följs regelbundet och vid mätningen i december uppgick de till 84 procent respektive 96 procent. NU-sjukvården fick full ersättning av statliga medel kopplat till patientsäkerhetsarbetet under året.

Kompetensförsörjningsfrågorna är centrala för NU-sjukvården och kartläggning sker enligt regiongemensam modell. Efterfrågan kvarstår för såväl nyutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor samt specialistläkare. Bristen på sjuksköterskor ledde till kraftigt ökade kostnader för övertid framför allt inom ambulansverksamheten. Kostnaderna för bemanningsföretag minskade med 26 mkr sedan föregående år och där vuxenpsykiatri klarat sig utan inhyrda läkare under året.

Antalet nettoårsarbetare ökade under året med 62, där ökningen i första hand skedde i yrkesgrupperna sjuksköterskor och läkare. Ökningen för sjuksköterskor beror framför allt på den nyöppnade vårdavdelningen inom område medicin och akut och utökning av sjuksköterskor inom ambulansverksamheten.

Regionfullmäktige bemyndigade under året NU-sjukvården att få överskrida budget med upp till 141 mkr under 2013. Resultatet för 2013 uppgår till -154 mkr, vilket är 13 mkr sämre än måltalet men i paritet med bedömningarna under året. Orsaker som påverkat resultatet är främst ökade personalkostnader kopplade till beläggningsgraden.

Den interna kontrollen för de administrativa stödprocesserna har granskats enligt NU-styrelsens beslutade kontrollplan för 2013. Den interna kontrollen bedöms som god (se bilaga 1).

I bilaga redovisas patientsäkerhetsberättelse (bilaga 2) samt säkerhetsrapport (bilaga 3) enligt anvisningar från regionkansliet.

2. Verksamhetens övergripande uppdrag

NU-sjukvården arbetar utifrån begreppet God Vård och har visionen "Ett sjukhus i ständig utveckling för patientens bästa". Med det menas att patienten ska mötas av en vård präglad av hög patientsäkerhet, god tillgänglighet med verksamhet i balans och ett aktivt medarbetarskap och ledarskap.

Under året har en utvecklingsplan fastlagts som bland annat beskriver det medicinska uppdraget de kommande 8 – 10 åren. Viktiga delar är patientsäkerhet, säkerhetskultur och jämlik vård.

NU-sjukvårdens styrkort 2013

Strategiska mål	Framgångsfaktorer/utvecklingsmål
Medborgarperspektiv Värde för patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Hög kvalitet • God tillgänglighet • Utveckla ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete
Verksamhetsperspektiv Ständig förbättring	<ul style="list-style-type: none"> • Etablera standardiserat arbetsätt för vårdprocesser • Utveckla säkerhetskulturen/reducera vårdskadorna • Systematisk medicinsk uppföljning
Medarbetarperspektiv Medarbetarskap & Ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> • Rätt kompetens på rätt plats utifrån verksamhetens behov • Möjlighet till utveckling i en god arbetsmiljö • Ett aktivt och ansvarstagande medarbetarskap och ledarskap
Ekonomiperspektiv Effektiv verksamhet	<ul style="list-style-type: none"> • Effektivt resursutnyttjande i verksamheten • Effektiv kapacitets- och produktionsplanering • Affärsmässighet

3. Medborgar-/Patient-/Kundperspektivet

NU-sjukvården har ett webbaserat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Detta har anpassat efter SOSFS 2011:9. Under 2013 slutfördes ett projekt om systematisk dokumenthantering. Projektet har levererat ett NU-övergripande styrdokument som beskriver hur data förs över från dokumenthanteringssystemet Barium till NU-sjukvårdens ledningssystem. Dessutom har projektet utarbetat en grundstruktur för ett nytt ledningssystem som omfattar NU-övergripande nivå, områden och verksamhetsområden.

Säkerhetskulturen bland medarbetare och chefer utgör grunden för Säker Vård. Under 2013 har patientsäkerhetsdialoger utförts på samtliga områden, där bland annat dessa frågor har diskuterats. NU-sjukvården arbetar med standardvårdplaner för bland annat trycksår, fallskador och infektioner vid centrala venösa infarter.

Hög beläggningsgrad på våra vårdavdelningar har varit ett långvarigt problem. Under 2013 har regionen tillfört medel för öppnande av fler vårdplatser men det har varit svårigheter att bemanna dessa fullt ut.

3.1 Verksamheternas mål i medborgar-/patient-/kundperspektivet

NU-sjukvårdens strategiska mål i medborgar-/patientperspektivet är: *Värde för patienten.*

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

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Implementera handlingsplaner för säkerhetskultur och trycksår	Områden/Verksamheter	Samtliga beslutade verksamheter genomför	Fyra av fem områden har genomfört aktiviteten.
Införa standardvårdplanen för trycksår	Områden/Verksamheter	Samtliga avdelningar som anges i handlingsplanen	Alla angivna avdelningar har infört SVP.
Genomföra förbättringsarbete avseende patientupplevd kvalitet	Områden/Verksamheter	Arbeta med tre förbättringsområden Antal verksamheter som genomfört aktiviteten	Under året har verksamheterna arbetat med att <ul style="list-style-type: none"> - förbättra delaktighet och information, ex vis patientmedverkan vid händelseanalyser, bemötandefrågor vid arbetsplatsträffar och patientmedverkan vid framtagning av informationsmaterial. - involvera patientens närstående och nätverk i vård och rehabilitering - planera inför den nationella Patientenkäten 2014

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Öka patientmedverkan i vården	Områden/Verksamheter	Att patientmedverkan sker i förbättringsarbeten inom de kliniska verksamheterna	I relevanta händelse- och riskanalyser har patienter/anhöriga deltagit/erbjudits delta.
Andel områden som följer de medicinska prioriteringarna och samtidigt når vårdgarantin	Områden	90 dagar 100 procent 60 dagar 70 procent	NU-sjukvården når inte vårdgarantimålen men får full ersättning för tillgänglighet i VÖK.
Andel områden som ligger över riksgenomsnittet avseende regionens utvalda kvalitetsindikatorer	Områden	100 procent	NU-sjukvården får 2 mnkr avdrag i målrelaterad ersättning.
Sjukdomsförebyggande metoder för område mat	Områden med hjälp av dietist och chefsjuksköterska	Påbörja planeringen för information och arbetssätt i verksamheterna	Pilotverksamhet för två psykosmottagningar, där personal fått introduktion och genomgång hur de kan prata matvaror med sina patienter. Förslag på rutin kring årlig nutritionsscreening inom psykosvården och rättspsykiatri är framtagen.
Utbilda och införa fysisk aktivitet på recept (FaR)	Alla relevanta områden ska ha tillägnat sig arbetssättet med FaR	50 procent av de relevanta verksamheterna genomfört under 2013	Utbildningsmateriel framtaget och utbildning genomförd kring FaR. Under året har det funnits möjlighet att förskriva FaR via Melior. Drygt 240 ordinationer av FaR har gjorts, varav merparten av sjukgymnaster och dietister. Aktuella verksamheter finns främst inom område Medicin och område Barn/KK.

3.2 Insatser för kommunikation

Flera av de planerade insatserna för att stärka kommunikationen med invånarna under 2013 har senarelagts av olika skäl. Ett exempel är arbetet med att kommunicera förändringarna i akutverksamheten, där förändringarna istället kommer att ske under 2014. Ett annat exempel är arbetet med att stärka och fördjupa dialogen med invånare och patienter, där beslutsprocessen vad gäller sociala medier tagit längre tid än planerat och därför förskjutits och bedöms vara i större fokus under 2014.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Utveckla patientkommunikation med hjälp av sociala medier utifrån dialyspatienternas behov.	Dialysenheten i samverkan med informationsenheten	Ta fram en app för smartphones med dialyspatienterna som målgrupp	Förarbete genomfört, genomförande beroende av prioritering från VGR-IT.
Utveckla NU-sjukvårdens arbete med sociala medier	Informationsenheten	Prova nya sätt till dialog med invånarna, enligt särskilt framtagen plan	Beslut om riktlinjer för sociala medier togs i november. Framtagande av strategi och planering inför genomförande pågår.
Utveckla trycksaker med kartor över de större sjukhusen	Informationsenheten i samverkan med säkerhetsenheten och centralreceptionen	Opptryckta kartor finns tillgängliga för patienter och medarbetare	Ej genomfört på grund av ändrade prioriteringar.
Fortsätta utveckla förtroendeskapande information i sjukhusens lokaler och på webben.	Informationsenheten	Bättre utnyttjande av våra egna informationskanaler/arenor	Affischhållare i sjukhusens entréer används för allmänna budskap om vården. En kontinuerlig publicering av nyheter för att fördjupa kunskaperna om vårdverksamheterna sker på webben.
Kommunicera hur förändringarna i akutsjukvården påverkar invånarna.	Informationsenheten i samverkan med områdeschef	Ingen patient ska drabbas av komplikationer till följd av att ha sökt vård på fel sjukhus	Förändringarna i akutsjukvården har skjutits upp till 2014/2015 och därmed också kommunikationen med invånarna. Intern kommunikation inför och under verksamhetsförändringarna sker kontinuerligt.

3.3 Rättighetsfrågor

I NU-sjukvårdens "Plan avseende jämlikhet i NU-sjukvården 2012 – 2013", inkluderas mångfald, jämställdhet, jämlik vård samt jämställdhetsintegrerad budget. Planen innehåller checklistor för respektive område och är integrerad i NU-sjukvårdens ledningssystem.

Funktionshinder

Arbets sättet som utvecklades under Projektet Arbetsmarknadsnoder har integrerats i den reguljära verksamheten. Kontakter och arbetsformer som etablerades under projektet har upprätthållits och underlättat samarbetet mellan NU-sjukvården och Arbetsförmedlingen. Arbetet har främst inriktat sig mot att ta emot personer med funktionsnedsättning för praktik och

därefter har tillfälliga anställningar erbjudits i de fall det fungerat för båda parter. De personer som tidigare var tillfälligt anställda har fått förlängd anställning under året. Dessa personer befinner sig långt ifrån arbetsmarknaden och har svårt att utan satsningen från VGR komma in på arbetsmarknaden.

Totalt är det 67 personer med funktionsnedsättning som har erbjudits praktikplats, varav 18 personer under 2013. Utav dessa 67 praktikplatser har 45 lett till tillfälliga anställningar, varav 14 anställningar under 2013. I december 2013 var det 42 personer med funktionsnedsättning, som är anställda i NU-sjukvården via Arbetsmarknadsnoden.

Barnrättighetsfrågor

FN:s konvention om barnets rättigheter består av 54 artiklar. Regionfullmäktige har beslutat att konventionen ska vara ett styrande dokument i all offentlig verksamhet i Västra Götalandsregionen, även i budgetprocessen. NU-sjukvården arbetar efter beslutet, där "barnets bästa", artikel 3, ska vara primärt mål avseende verksamhetens kompetens, arbetssätt, lokaler och anhörigas rätt till samverkan. Samtlig personal med barnkontakt ska ha kännedom om och arbeta efter Barnkonventionen.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Alla chefer ska genomgå webbaserad utbildning i genuskompetent ledarskap	Sjukhusdirektör Områdeschefer	Gott ledarskap	Målet har inte nåtts, alla har inte genomgått utbildningen.
Implementering av Jämställdhets- och mångfaldsplanen	Sjukhusdirektör Områdeschefer	Framtagen plan används i reguljär verksamhet	Plan för jämställdhet används av chefer i det dagliga arbetet, arbete med checklistor pågår.
Fortsatt arbete med att integrera personer med funktionsnedsättning genom praktik/anställning	HR-chef Områdeschefer	Bibehålla antalet riktade platser till funktionsnedsatta	100 procent
Barnrättighetsfrågor	Verksamhetschef Barn- och ungdomskliniken	All personal med barnkontakt ska ha kännedom om och arbeta efter Barnkonventionen	Målet uppfyllt. Utbildningsinsatser har genomförts. Samordning mellan olika aktiviteter med barnfokus har påbörjats, och områdesrepresentanter ska utses under 2014.

4. Verksamhets-/Processperspektivet

En regional genomlysning av NU-sjukvårdens ledningsmiljö gjordes under våren som resulterade i en åtgärdsplan om 12 punkter. En av punkterna ledde till att en samlad och övergripande plan för sjukhusets utveckling skulle tas fram i dialog mellan regionledning och verksamheterna. I den framtagna utvecklingsplanen identifierades vision och mål samt vilka åtgärder som ska genomföras inom de givna ekonomiska ramarna under de kommande 8-10 åren.

Regionstyrelsen fattade 2013-12-10 beslut om regional produktionsplanering innebärande bland annat att Uddevalla sjukhus blir ett av fem dagkirurgiska centra i regionen samt att regionens centra för ryggortopedi kommer att förläggas till Uddevalla.

4.1 Verksamheternas mål i verksamhets-/processperspektivet

NU-sjukvårdens strategiska mål i verksamhets-/processperspektivet handlar om: *Ständig förbättring*.

- Etablera standardiserat arbetssätt för vårdprocesser:
 - att utveckla/effektivisera, implementera och följa upp
 - dagligstyrning och ständiga förbättringar
- Utveckla säkerhetskulturen/reducera vårdskadorna
- Systematisk medicinsk uppföljning

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Etablera processbaserat kvalitets-/ledningssystem	Sjukhusledning	Uppnå God vård dec	Arbete pågår. Ett projekt slutfördes under 2013 om systematisk dokumenthantering. Styrdokument framtaget som beskriver hur data förs över från Barium till ledningssystemet. Grundstruktur för nytt ledningssystem utarbetat. Se även avsnitt 3.
Etablera intern kontroll med fokus på verksamhetens måluppfyllelse	Sjukhusledning	Uppnå God vård dec	Intern kontroll sker vid patientsäkerhetsdialoger med områden. Systematik utvecklas under 2014.
Utveckla processen för TIA/Stroke	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	Under 2013 har följande utförts: <ol style="list-style-type: none"> 1. Samlad strokeenhet NÄL 2. Övningar strokelarm 3. Utökade logopedresurser 4. Stroke/TIA-rutiner införda på MAVA, som fungerar som reserv när strokeavdelning är fullbelagd.

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Utveckla processen för Prostatacancer	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	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	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	Utsedd processansvarig i väl utvecklad process inom NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen.
Utveckla processen för Sepsis	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	Försenad aktivitet, flyttad till 2014.
Utveckla processen för Amputation	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	Amputationsprocessen etablerad vid avdelning 6 men svårigheter föreligger att upprätthålla den beslutade processen. Förbättrat utfall med högre andel protesförsörjning. Arbetssättet bör utvärderas under 2014.
Utveckla processen för Lunginflammation (regional)	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013 Införa regional standardvårdplan	Syftet är att förbättra prognos och motverka återinsjuknande för patienterna. Teknisk anpassning i Melior försenad och arbetet fortsätter under 2014.
Utveckla processen för Höftplastik (regional)	Processansvarig	Enligt regionala måltal	Under året har ett processarbete för ledplastiker igångsatts vid ortopedkliniken, vilket resulterat i ökad produktion och sänkta medelvårdtider.
Utveckla processen för Knäplastik (regional)	Processansvarig	Enligt regionala måltal	
Utveckla processen för Framfaloperation (regional)	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	56 procent av ingreppen sker i öppenvård (önskvärt registreringsvärde >60 procent)
Utveckla processen för Galloperation (regional)	Processansvarig	Enligt regionala måltal	Hög andel galloperationer i öppenvård. Regionalt processmål uppfyllt.
Utveckla produktions-/ planeringsprocessen	Processansvarig	Följa processens verksamhetsplan/ utvecklingsplan 2013	Arbete pågår för kontinuerlig förbättring framför allt för den kortsiktiga och operativa produktionsplaneringen.
Följa produktionsplan	Områdescheferna	100 procent	Produktionsplan följs upp.

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Utveckla arbetssätt på vårdavdelningar och mottagningar med verksamhetsstyrning	Områdescheferna	Följa verksamhetsplanen	Utveckling sker fortlöpande. Bland annat har daglig styrning med rond- och planeringstavlor införts på flertalet avdelningar, budget och prestationsbudget finns på enhetsnivå.
Utnyttjande av operationssalar effektivt	Områdeschef opererande specialiteter	Budgeterade elektiva operationstimmar	Utnyttjandet av operationssalar följs kontinuerligt, liksom operationstid i förhållande till bemannad salstid. Måttet påverkas av antal operationer/sal, dvs antal byten per sal. Inget förbättrat utnyttjande under 2013.
Behandla och vårda patienter inom öppna vårdformer	Sjukhusledning/ Områdeschef opererande specialiteter	Antalet operationer i öppen vård ska öka	Översyn pågår över vilka ingrepp/åtgärder som kan föras över till öppenvård. Tonsillectomier och gallkirurgi har förts över i ökad omfattning.
Utveckla diagnostikprocesserna	Områdeschef diagnostik	Definiera och följa ledtidsmålen	<p>Inom 10 arbetsdagar besvaras inom patologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 procent av patologiproverna (mål >90 procent) • 97 procent av allmänna cytologiprover (mål 100 procent) • 98 procent av vaginalcytologiproverna (mål 100 procent) <p>Inom 20 arbetsdagar besvaras inom patologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 98 procent av cellprovskontrollerna (mål 80 procent) <p>För övriga verksamhetsområden inom Område Diagnostik fortsätter arbetet under 2014. Svarstiderna påverkas av remissinflödet.</p>

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Fullföljande av införandeplan för huvudprocesser för vuxenpsykiatri	Sjukhusledning	Fem etablerade psykiatriska huvudprocesser enligt kriterier: - Publicerade på hemsidan - Fastställda mål och mått - Etablerade i enlighet med förankringsplan - Skattningar fastställda per process	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.
Arbeta med samverkande sjukvård, aktiv hälsostyrning och akut närsvård	Sjukhusledning	Andel återinskrivningar för gruppen multisjuka äldre (75 år-) ska minska	Andel återinskrivna är väsentligen oförändrad, från 6,24 procent (2012) till 6,29 procent (2013). Återinskrivningsstatistiken osäker.
Mäta andel vårdrelaterade infektioner	Chefläkare	Uppgå till högst 9 procent	Vårdrelaterade infektioner uppgick till 7 procent vid höstens mätning, vilket innebar full ersättning enligt VÖK 2013.
Ökad följsamhet till basala hygienrutiner och följsamhet till klädregler	Chefläkare	100 procent	Följsamhet till basala hygienrutiner uppgår i december till 84 procent (måltal >90 procent) och till klädregler 96 procent (måltal >90 procent).
Mäta andelen vårdskador i NU-sjukvården	Chefläkare	< 12 procent (vid mätningar med GTT)	Faktiskt utfall för 2013 redovisas i mars 2014. Andel av sjukhusvårdtillfällen med minst en vårdskada för 2012 uppgick till 9,6 procent.
Utveckla sömlös vård för barn med kronisk sjukdom vid övergång från barn- till vuxenvård	Områdeschef	Antalet diagnoser inom barnområdet med välfungerande överföringsprocess från barn till vuxen ska öka	Av fyra diagnosgrupper upplevde hälften en välfungerande överföringsprocess.
Att öka känslan av delaktighet och ett gott bemötande för pappa/partner under förlossning och BB-tid.	Områdeschef	90 procent av alla pappa/partner har en hög känsla av delaktighet och fått ett gott bemötande av personalen	Mer än 90 procent av alla pappor/partner har upplevt hög delaktighet och gott bemötande i intervjuformulär inom förlossningsvården, en förbättring jämfört med tidigare.
Öka antalet benigna dagkirurgiska ingrepp inom kvinnosjukvården för att patienten ska få minskad sjukdomstid	Områdeschef	Ökning med 10 procent jämfört med 2012	Andelen dagkirurgiska ingrepp har ökat med 1-2 procent. Åtgärdsprogram för 2014 finns.

4.2 God Vård

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har från och med 2012 reviderats. Under 2013 har NU-sjukvården arbetat med att utveckla ledningssystemet och slutfört ett arbete med dokumenthantering i Barium.

I NU-sjukvårdens ”Plan avseende jämlikhet i NU-sjukvården 2012 – 2013” inkluderas mångfald, jämställdhet, jämlik vård och jämställdhetsintegrerad budget. Planen innehåller checklistor för respektive område och är integrerad i NU-sjukvårdens ledningssystem. I NU-sjukvårdens utvecklingsplan för 2013-2022 lyfts jämlik vård fram som ett fokusområde.

I övrigt se bifogad patientsäkerhetsberättelse (bilaga 2).

4.3 Vårdgaranti – tillgänglighet

De medicinska prioriteringarna är grundläggande för patientens tillgänglighet till vård inom NU-sjukvården.

NU-sjukvården har målsättningen att klara den nationella vårdgarantin (90 dagar) till besök och behandling och den regionala vårdgarantin för fördjupad utredning och behandling inom BUP (30 dagar) samt den regionala vårdgarantin för välgrundad misstanke om cancer (vuxna 14 dagar och barn 2 dagar).

Givna ekonomiska ramar har dock inneburit att lägst prioriterad produktion inte har kunnat utföras i önskad omfattning. Detta har medfört att antal väntande till besök ökat under 2013, vilket medfört att vårdgarantin inte har kunnat hållas och tillgängligheten har blivit sämre än den varit under tidigare år.

Alla verksamheter arbetar aktivt med att förbättra sin produktions- och kapacitetsplanering.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Förbättrad produktions- och kapacitetsplanering	Sjukhusledning	100 procent av verksamheterna arbetar enligt NU-sjukvårdens produktionsplaneringsriktlinjer	Projekt skapat för standardiserat arbetssätt kring produktionsplanering för öppenvård. Daglig styrning införd inom flera områden.
Patientstyrd tidbokning	Områden	100 procent av planen för införandet ska vara uppfylld	Den ökade kötväxten till förstabesök under året har bidragit till att resterande verksamheter inte varit redo att införa patientstyrd tidbokning under 2013.

4.4 Prestationer

Produktionsutfall tom december 2013 och 2012 inkl viktjustering och 24-timmarsvård					
Produktion, inom- och utom-regional	Utfall 2013	Budget 2013	Utfall 2012	Avvikelse budget %	Förändring 2012-2013 %
Slutenvård enligt DRG					
Vårdtillfällen	42 067	39 425	42 599	6,70	-1,2
Poäng	38 276	35 833	38 013	6,82	0,7
Övrig slutenvård, vård dygn	56 855	52 900	59 931	7,48	-5,1
Öppenvård besök	448 793	452 205	447 417	-0,75	0,3
Sammanvägda prestationer	76 018	73 905	76 317	2,86	-0,4
CMI (Case Mix Index) ^{1/}	0,91	0,91	0,89	0,00	2,0

^{1/} CMI avser genomsnittlig vårdtyngd

NU-sjukvården hade under året en överproduktion av slutenvård på ca 7 procent jämfört med budget. Öppenvårdsbesök avvek från plan med -0,8 procent, där läkarbesök inom somatisk och vuxenpsykiatrisk vård inte nådde upp till planerade läkarbesök.

Jämfört med föregående år minskade den sammanvägda produktionen med 0,4 procent. Det är en positiv utveckling, då minskningen har skett inom slutenvården. Kostnaden per sammanvägd prestation exklusive köpt vård (fast pris) minskade däremot med 1,2 procent mellan december 2012 och december 2013.

NU-sjukvården fick tilläggsbeställningar 2013 för att kunna öka tillgängligheten inom handkirurgi, koloskopier och för fördjupad utredning inom barn- och ungdomspsykiatri.

	Utfall 2013			Utfall 2012			Förändring 2012-2013 i procent		
	Kv	Män	Total	Kv	Män	Total	Kv	Män	Total
Antal sammanvägda prestationer	40 255	35 763	76 018	40 043	36 274	76 317	0,53	-1,41	-0,39

Under året konsumerade kvinnorna ca 53 procent av den totala vårdkonsumtionen. Jämfört med föregående år är fördelning mellan män och kvinnor i stort sett oförändrad. Däremot har antalet sammanvägda prestationer för kvinnor ökat mellan åren medan de har minskat för män.

4.5 Miljömål

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Mål	Mått	Måluppfyllelse
Miljöutbildning via Västra Götalandsregionens webb	NU-sjukvårdens medarbetare ska genomföra grundläggande miljöutbildning	70 procent av NU-sjukvårdens medarbetare ska ha genomfört utbildningen	62,4 procent av NU-sjukvårdens medarbetare har gjort den webbaserade miljöutbildningen.

- Under 2013 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 miljöutbildnings målet. Och vikten av att den genomförs av samtliga medarbetare.
- Vid två tillfällen under året har bred information kommunicerats om den webbaserade miljöutbildningen under Aktuellt i NU-sjukvården på intranätet. Information har även funnits med i ett nummer i chefsbrevet.
- Internrevision har genomförts på Område Vuxen Psykiatri och Område Medicin, där ett av fokusområden vid revisionerna har varit att revidera resultatet av den grundläggande miljöutbildningen.
- För att underlätta genomförande av webbutbildningen, bokades datorer i datasalarna i Uddevalla och på NÅL vid fyra tillfällen under året för medarbetare som inte har naturlig tillgång till dator.

4.6 Patientsäkerhetsarbetet

Rapportering av patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsområdesnivå sker genom patientsäkerhetsdialogmöten med områden, vid uppföljningsmöten och i samband med årsredovisningen. En utförlig redovisning finns i särskild upprättad Patientsäkerhetsberättelse, se bilaga 2.

4.6.1 Antal registrerade avvikelserapporter per årsarbetare

Indikator 1	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal registrerade avvikelserapporter per årsarbetare, totalt	1,0	1,26

NU-sjukvården har som mål att varje medarbetare ska skriva minst en avvikelse var under året. Under 2013 skrevs flera avvikelser än föregående år men eftersom det totala antalet årsarbetare ökat 2013 blir utfallet för året lägre.

4.6.2 Antal utförda riskanalyser

Indikator 2	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda riskanalyser	31	24

Risکانالyser har utförts på grund av flera organisationsförändringar under 2013.

4.6.3 Antal utförda händelseanalyser

Indikator 3	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda händelseanalyser	33	38

I några Lex Maria-ärenden har riskanalys valts att göra i stället för händelseanalys.

4.7 Regionfullmäktiges prioriterade mål i verksamhetsperspektivet

I regionfullmäktiges budget för 2013 finns prioriterade mål angivna. NU-sjukvården använder sig av samma styrtal som på regional nivå men egna aktiviteter och ytterligare styrtal kan läggas till. Av regionfullmäktiges totalt 39 prioriterade mål avser 31 verksamhetsperspektivet. Av dessa är 15 tillämpliga inom NU-sjukvården.

4.7.1 Användningen av fossil energi i Västra Götaland ska minska

NU-sjukvårdens följer de miljöpolitiska målen kring att användningen av fossil energi ska minska. Västfastigheter och Regionservice äger måluppföljningen.

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Användning av fossil energi i Västra Götaland, MWh	Minska	Västfastigheter är fastighetsförvaltare och ansvarar för drift och underhåll av fastigheten, entreprenader, byggnationer, energi, vattenförbrukning, kylsystem, avloppssystem och borttransport av avfall. Västfastigheter ansvarar för måluppfyllelsen.
	2. Andel förnybart drivmedel i egna fordon	Öka till 60 procent	Ingen statistik finns tillgänglig.
	3. Användning av fossil energi i egna verksamheter	Minska	Minskat med 5 procent jämfört med 2011.

4.7.2 Antalet resta mil i tjänsten ska minska

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Totalt antal resta mil med bil per årsarbetare	Minskning med minst 10 procent jämfört med 2011 (53 mil/årsarbetare).	Totala antalet resta mil med bil 2013 är 130 319 mil, en minskning med 21 procent jämfört med 2011. Antal resta mil med bil är 29 mil/årsarbetare (47 mil per årsarbetare 2012).
	2. Totalt antal resta mil med flyg per årsarbetare	Minskning med minst 5 procent jämfört med 2011 (26 mil/årsarbetare).	Totala antalet resta mil med flyg 2013 är 81 835 mil, en minskning med 6 procent jämfört med 2011. Antal resta mil med flyg per årsarbetare är 18,5 (11,5 mil per årsarbetare 2012).
	3. Antal videokonferenser	Ej angivet	Antal videokonferenser i tid har ökat med 16,4 procent jämfört med 2012.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Mål	Mått	Måluppfyllelse
Öka antal resor med kollektivtrafik	Miljöpåverkan från våra transporter ska minska	Ökning med 5 procent jämfört med 2012	Underlag finns ej för totala antalet resor med kollektivtrafik. Antalet resor i tjänsten med linje 673/NU-turen har minskat med ca 21 procent jämfört med föregående år. Över 23 000 personer (i genomsnitt 93 personer per dag) åkte under året med busslinjen.

Västrafik har under året genomfört kampanjer på sjukhusen för att öka resor till och från arbetet med kollektivtrafik. Anslutningen till och från sjukhusens arbetstider under morgon- respektive kvälls- och heltid är dessvärre mindre bra.

4.7.3 Användningen av miljö- och hälsofarliga kemikalier i den egna verksamheten ska fasas ut

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Andel utfasningsämnen som fasats ut av totala mängden utfasningsämnen	Minskning med 25 procent jämfört med 2007.	Minskning med 25 procent jämfört med 2007.

Under 2013 har följande aktiviteter genomförts för att nå måluppfyllelse:

- Miljöenheten har under året deltagit på regionens anordnade nätverksträffar kopplade till förvaltningarnas arbete med utfasningsämnen.
- Drygt 80 personer är kemikalieinventerare i NU-sjukvården. Deras uppdrag är att inventera/uppdatera verksamhetens kemikalieförteckning och stödja kemikaliestrategi arbetet på avdelning/enhets nivå.
- Under hösten har nya kemikalieinventerare erbjudits utbildning/introduktion i det webbaserade kemikaliehanteringssystemet, Klara.

4.7.4 Invånarnas psykiska välbefinnande ska öka

Vuxenpsykiatrins uppdrag innebär sekundärprevention när det gäller målgruppen, dvs förebygga återfall i sjukdom för personer med allvarliga, ofta livslånga sjukdomar och även identifiera patienter som finns i riskområden för komplikationer av somatisk ohälsa. Vårdprogram och nationella riktlinjer följs där detta finns beskrivet.

Ett pågående arbete som kan ha positiv inverkan på invånarnas psykiska välbefinnande är det sjukhusövergripande arbetet "tidig intervention vid riskbruk av alkohol".

Vuxenpsykiatrins uppdrag innebär även insatser riktade till barn som anhöriga till personer med psykisk sjukdom samt att ge stöd och psykopedagogiska insatser till anhöriga till psykiskt sjuka. Upparbetade rutiner är framtagna, bland annat finns ett dokument, "Barnformulär", som är knutet till Meliorjournalen. Barnombud finns på varje enhet.

Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag innebär att erbjuda specialistvård i patientens närområde, i samverkan med kommun och primärvård, till stor del reglerat genom dokumentet

Västbus. Särskild enhet finns bland annat för neuropsykiatri, och dagvårdsenhet för ätstörning planeras starta. Den slutna barnpsykiatriska verksamheten ansvarar för vård av allvarlig och komplex psykiatrisk problematik hos barn och unga.

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Andel personer med nedsatt psykiskt välbefinnande, per åldersgrupp	16-29 år <20 procent 30-44 år <16 procent 45-64 år <16 procent 65-84 år <12 procent	Inga uppgifter

4.7.5 Andelen barn med övervikt och fetma ska minska

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Andel 10-åringar med fetma	Minskning jämfört med utfall 2011 om 3 procent	Se text nedan
	2. Andel 10-åringar med övervikt	Minskning jämfört med utfall 2011 om 15 procent	Se text nedan

NU-sjukvårdens specialistvårdsuppdrag enligt regionala och lokala handlingsprogram avser i första hand barn och unga med diagnosen fetma, där insatser från skolhälsovård och/eller primärvård inte gett önskvärd effekt, eller om det primärt föreligger komplicerande faktorer till exempel annan svårare kronisk sjukdom. Särskild enhet/team finns uppbyggd inom NU-sjukvården för denna målgrupp, och har arbetat aktivt under 2013.

Måltal kan vara komplexa att följa, då incidens- och prevalenssiffror är svåra att registrera och bortfall riskeras. Vidare är arbetssättet långsiktigt och måltalet kan därför ses som mer långsiktiga än över 1-2 år. Därtill förutsätts att diagnosen fetma registreras och att de som omhändertas av sjuksköterskeenheter inom NU-sjukvården registrerar i BORIS kvalitetsregister.

4.7.6 Antalet självsador och självmordsförsök ska minska

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Antal avsiktliga självdestruktiva handlingar per 100 000 invånare i Västra Götaland som lett till behandling inom slutenvård, för män respektive kvinnor (exkl. 0-9 år)	Minskning jämfört med utfall 2010 om 127 handlingar per 100 000 invånare.	NU-sjukvården arbetar aktivt med att minska självsador och självmordsförsök. Inga självmord avseende unga under 18 år som behandlats inom BUP har registrerats 2013.

NU-sjukvården arbetar aktivt med att minska självsador och självmordsförsök. Vuxenpsykiatrien arbetar med följande frågor:

- Suicidpreventionsprogram, där revision av befintligt program har genomförts under året och ett kunskapsstöd till personal med tydligare rutiner har utarbetats.
- Områdets process för IPS (emotionellt instabil personlighetsstörning/borderline personlighetsstörning) har haft följande mät punkt – alla patienter med IPS informeras om och erbjuds behandling med DBT.
- Ytterligare en utbildningssatsning för DBT-behandlingsmetod har genomförts, direkt riktat mot självskadebeteende.

- Återföring av resultat av genomförda händelseanalyser efter självmord till linjeorganisation och till berörda processteam för fortsatt förbättringsarbete.

Område Vuxenpsykiatri har deltagit i det pågående nationella projektet för utveckling av behandlingsmetoder för patientgruppen.

Målet för BUP-kliniken är nollvision avseende självmord. All personal är utbildad att kunna göra självmordsriskbedömning vid både nybesök och pågående behandling. Tillsammans med primärvård och kommunal verksamhet har det genomförts en serie utbildningstillfällen, där BUP-kliniken har bidragit med medarbetare, som tillsammans med folkhälsosamordnare inom Fyrbodals kommun, gett information till allmänheten avseende tidig upptäckt av depression/suicid/ självskaadebeteende.

Inga självmord avseende unga under 18 år som behandlats inom BUP har registrerats 2013.

Klinikens/regionens övriga BUP-kliniker har fått i uppdrag att se över vårdprogram för suicid och kliniken har en medarbetare som är ordförande och ansvarar för det.

En utbildningsinsats, bekostad med statliga medel, har ägt rum och riktat sig till tre kommuner inom Västra Götalandsregionen vad gäller tidiga tecken och upptäckt av depression/suicidrisk. Målet är att på sikt minska antalet självmordsförsök samt suicid. Inom Fyrbodals kommun har Vänersborgs kommun varit utvald.

4.7.7 Förekomsten av riskfyllda läkemedelskombinationer ska minska

	Styrta	Måta	Måluppfyllelse
VGR	Andel invånare 80 år eller äldre, som ordinerats tio eller fler läkemedel	Minskning jämfört med 2010 års utfall om 13,3 procent	Inga uppgifter framtagna av regional läkemedelsenhet.

NU-sjukvårdens läkemedelsenhet följer löpande upp riskfyllda läkemedelskombinationer i kontakterna med verksamheten. I patientgruppen över 80 år som behandlas med tio eller fler läkemedel har inte någon regional statistik kunnat tas fram. Detta beroende på en ganska omfattande registerkörning som den regionala läkemedelsenheten inte hunnit med.

4.7.8 Antalet standardiserade och genomförda vårdprocesser ska öka

	Styrta	Måta	Måluppfyllelse
VGR	Antalet standardiserade och genomförda vårdprocesser	Ökning jämfört med 2012 års mål om 5 genomförda vårdprocesser.	Arbete pågår med de fem regionala vårdprocesserna (se även 4.1).

4.7.9 Förekomsten av vårdrelaterade skador och infektioner ska minimeras

	Styrta	Måta	Måluppfyllelse
VGR	1. Andel patienter med vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård	Minskning jämfört med 2011 års utfall (vår 8,6 procent, höst 9,1 procent).	8 procent våren 2013 7 procent hösten 2013

Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
2. Följsamhet till basala kläd- och hygienregler (BHK) på sjukhusen	Ökning jämfört med 2011 års utfall om 63 procent.	I december 2013 var följsamheten till BHK 84 procent och till klädregler 96 procent.

4.7.10 Patientens delaktighet i vården ska öka

Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR 1. Andel patienter som känner sig delaktiga i vård och behandling inom den specialiserade somatiska öppenvården	VGR: Bibehålla 2011 års utfall om 80 procent. NU: Ökning från 2011 års utfall om 80 Puk till 82 Puk	VGR-gemensam mätning, ingen mätning 2013.
2. Andel patienter som känner sig delaktiga i vård och behandling inom psykiatrisk öppenvård.	VGR: Ökning från 2011 års utfall om 68 procent till 70 procent. NU: Ökning från 2011 års utfall om 69 Puk till 70 Puk	VGR-gemensam mätning, ingen mätning 2013.

4.7.11 Alla patienter ska erbjudas vård inom de fastställda garantitiderna

För att få en god överblick och se utvecklingen av väntande till förstabesök och operation/åtgärd på planeringslistorna, följer verksamheterna veckovis upp måluppfyllelse för andel väntande inom 60- och 90-dagarsgränsen. Väntande till förstabesök och operation/åtgärd samt faktiskt utförda förstabesök och operation/åtgärd rapporteras månadsvis till SKL.

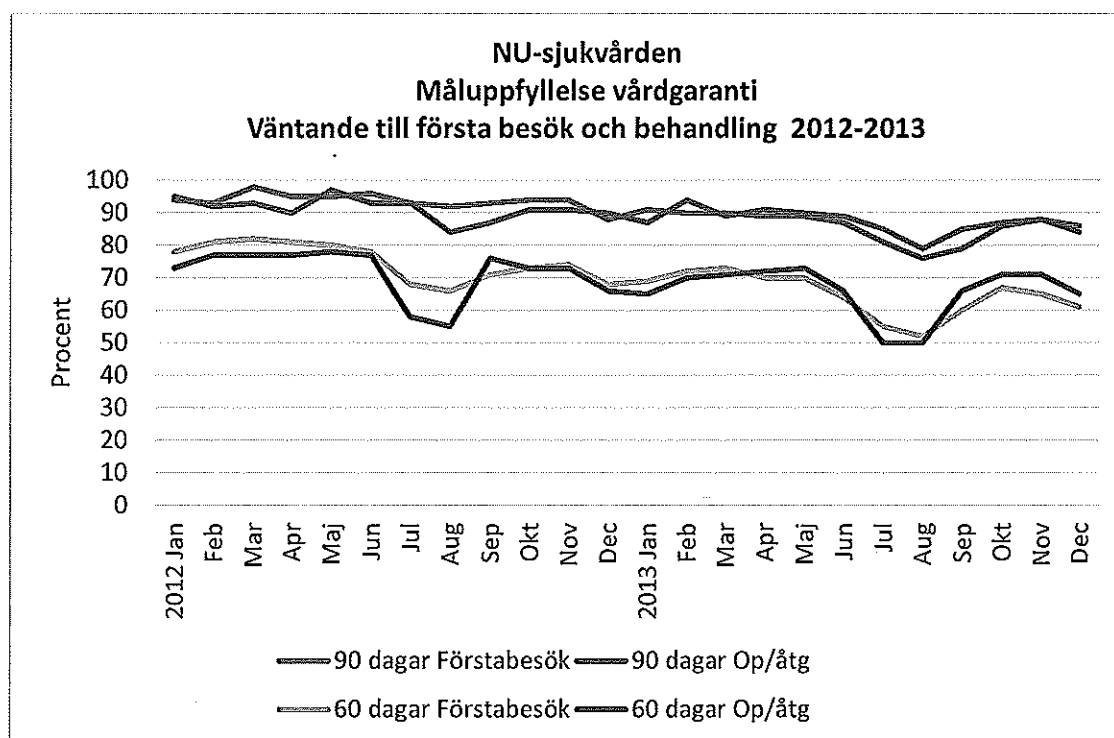
NU-sjukvården har aktivt arbetat med målet att klara den nationella vårdgarantin för första besök och behandlingar. De patienter som avböjer erbjuden tid hos annan vårdgivare, då NU-sjukvården inte kan hålla 90-dagarsgränsen, kan inte kräva att få vård inom vårdgarantin men kvarstår på NU-sjukvårdens planeringslista.

NU-sjukvården ser ett ökat inflöde via akuten, vilket gör att resurser och utrymme tas från planerade verksamheter. Under flera år har NU-sjukvården köpt garantivård för att uppfylla vårdgarantin inom framför allt område opererande. Sammantaget har NU-sjukvården för små beställda volymer för att klara vårdgarantin.

Väntande till förstabesök ökade, trots köpt garantivård, under året från 7 628 i januari till 9 378 per den sista december. Den största ökningen är inom ÖNH-, allmän kirurgi- och ögonklinikerna.

Väntande till operation/åtgärd registrerade i operationsplaneringssystemet (Orbit) minskade från 2 416 i januari till 2 337 i december. Däremot ökade väntande till mottagningsoperation från 734 i januari till 1 128 i december.

Måluppfyllelse för väntande till vårdgaranti (90-dagar) och till den skömiljarden åren 2012-2013 i NU-sjukvården visas i nedanstående diagram.



84 procent av utförda besök med välgrundad misstanke om cancer fick besöket utfört inom 14 dagar i december 2013 jämfört med december 2012, då måluppfyllelsen var 91 procent. Genomsnittet under året låg på 88 procent.

88 procent av totalt 109 väntande till förstabetesök inom BUP-verksamheten väntade kortare tid än 30 dagar (regional vårdgaranti) i december jämfört med 87 procent i januari.

26 procent av totalt 68 väntande till fördjupad utredning inom BUP-verksamheten väntade kortare tid än 30 dagar (regional vårdgaranti) i december, jämfört med i januari då totalt antal väntande var 56 patienter och 46 procent klarades inom 30 dagar.

53 procent av totalt 60 väntande till behandling inom BUP-verksamheten väntade kortare tid än 30 dagar (regional vårdgaranti) i december, jämfört med i januari då totalt antal väntande var 35 patienter och 80 procent klarades inom 30 dagar.

	Styrtalet	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Andel som väntat kortare tid än 90 dagar på besök till specialist och antal patienter som väntat längre än 90 dagar på besök till specialist (besök till specialiserade vården).	VGR: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 97 procent respektive 1 151 patienter till 100 procent respektive 0 patienter. NU: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 97 procent	2011: 97 procent 2013: 86 procent Målet har inte uppfyllts.

Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
2. Andel som väntat kortare tid än 90 dagar på operation/åtgärd och antal patienter som väntat längre än 90 dagar på operation/åtgärd.	VGR: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 90 procent respektive 1 522 patienter till 100 procent respektive 0 patienter. NU: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 95 procent	2011: 95 procent 2013: 84 procent Målet har inte uppfyllts.
3. Andel som väntat kortare tid än 30 dagar på besök på BUP-mottagning och antal patienter som väntat längre än 30 dagar på BUP-mottagning.	VGR: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 92 procent respektive 23 patienter till 100 procent respektive 0 patienter. NU: Ökning jämfört med 2011 års utfall om 79 procent	2011: 79 procent 2013: 88 procent Målet har uppfyllts.

4.7.12 Måltalen för väntetider på akutmottagningar ska uppnås

Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR 1. Andel patienter som träffar läkare inom 60 minuter. ^{1/}	VGR: Minst 90 procent NU: Samma måltal som 2012	Genomsnitt året 42 procent (4 tim 45 min) Utfall 2012 uppgick till 60 procent
2. Andel patienter som kan lämna akuten färdigbehandlade, alternativt blivit inlagda på vårdavdelning, inom 4 timmar.	VGR: Minst 90 procent NU: Samma måltal som 2012	Genomsnitt året 63 procent (7 tim 15 min) Utfall 2012 uppgick till 65 procent
3. Andel patienter som får en första bedömning (triage) inom 10 minuter.	VGR: Minst 90 procent NU: Samma måltal som 2012	Genomsnitt året 67 procent (33 min) Utfall 2012 uppgick till 69 procent

^{1/}Ledtidsmålen slopas för den medicinskt lägst prioriterade gruppen (de patienter som får färgkoden grön vid triage). Där emot fortsätter månatlig registrering och uppföljning även av dessa patienters ledtider enligt nu gällande regionala rutiner. Jämförelse uppgifter 2012 och 2013 ej möjlig. (Beslut hälso- och sjukvårdsutskottet 2012-11-07.)

Arbetet inför flytt, inklusive byggplanering, av akut ortopedi från Uddevalla till NÄL dominerade utvecklingsarbetet på akutmottagningarna. Den nya akutmottagningen, som beräknas stå färdig i slutet av 2014, innebär kraftigt förbättrade lokaler avseende logistik, arbetsmiljö och patientintegritet.

Område medicin och akut har fortsatt att utveckla vårdplatskoordineringen för att underlätta avflödet från akutmottagningen. Total genomloppstid har inte förbättrats, men inte heller försämrats, trots ökat inflöde på akuten.

I nedanstående tabell visas utvecklingen av väntetider på akutmottagningen 2011-2013.

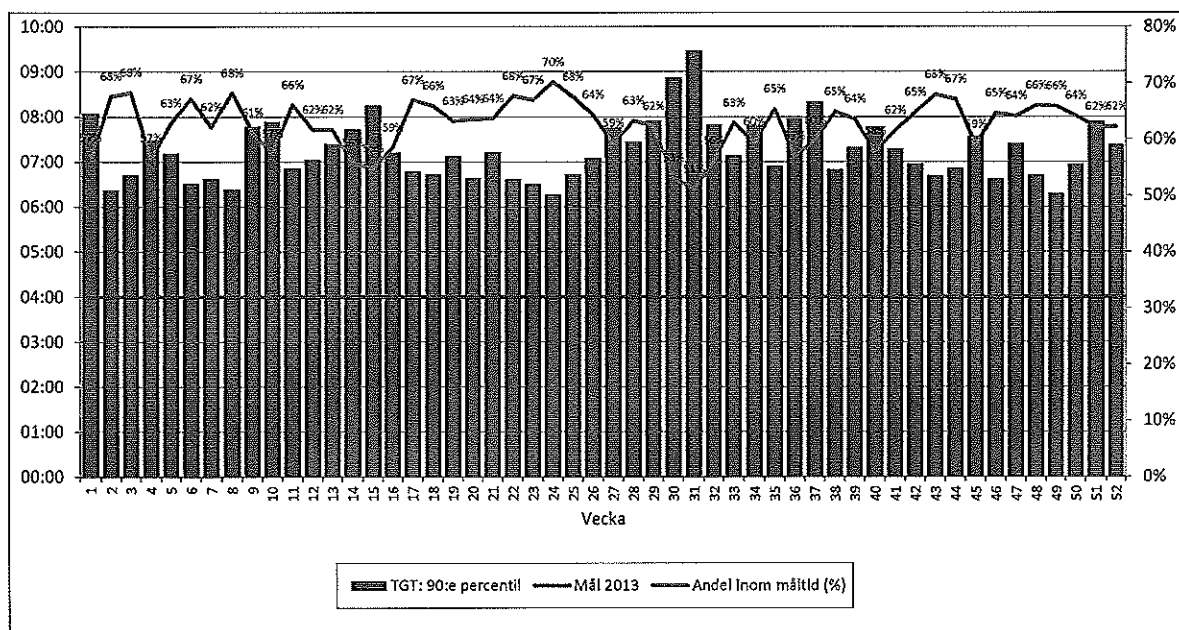
Tillgänglighet	Mått	2013	2012	2011
TTT – Tid till triage	Andel patienter som får en första vårdkontakt inom 10 minuter	67	69	78
TTL – Tid till läkare	Andel patienter som träffar läkare inom 60 minuter	42 ^{1/}	60	54 ^{2/}
TGT – Total genomloppstid	Andel patienter som kan lämna akuten färdigbehandlade, alternativt blivit inlagda på vårdavdelning inom 4 timmar	63	65	68 ^{3/}

^{1/} Ledtidsmålen slopas för den medicinskt lägst prioriterade gruppen (de patienter som får färgkoden grön vid triage). Där- emot fortsätter månatlig registrering och uppföljning även av dessa patienters ledtider enligt nu gällande regionala rutiner. Jämförelse uppgifter 2012 och 2013 ej möjlig. (Beslut hälso- och sjukvårdsutskottet 2012-11-07.)

^{2/} Andel patienter som träffar läkare inom 90 minuter (målvärdet sänkt till 60 minuter 2012).

^{3/} Andel patienter som kan lämna akuten färdigbehandlade, alternativt blivit inlagda på vårdavdelning inom 4 timmar (målvärdet sänkt till 4 timmar 2012).

I nedanstående diagram visas total genomloppstid (TGT) per vecka på akutmottagningen, NÄL 2013.



4.7.13 Överbeläggningarna ska minskas på samtliga sjukhus

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Andel överbeläggningar (enligt Socialstyrelsens definition, se term-bank)	Minskning jämfört med föregående år.	Genomsnittlig beläggingsgrad har minskat från 98 procent (2012) till 97 procent (2013).

4.7.14 Alla verksamheter ska arbeta systematiskt med miljöledningssystem

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Andel årsarbetare som omfattas av miljöledningssystem/miljödiplomering av totala antalet årsarbetare.	100 procent	100 procent av de totala antalet årsarbetare omfattas av NU-sjukvårdens övergripande miljöledningssystem

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Verksamheterna följer NU-sjukvårdens miljöledningssystemens rutiner, instruktioner	Områdeschef Miljöenheten	Införa NU-sjukvårdens miljöledningssystem enligt standarden SS EN ISO 14001:2004	Ett övergripande miljöledningssystem enligt Västra Götalands kravspecifikation har implementerats i NU-sjukvården. Interna miljörevisioner genomförs enligt plan.

- Publicerat miljöledningssystem finns på NU-sjukvårdens intranät/miljöhemsida
- Intern revisioner har genomförts på Område Vuxenpsykiatri och Område Medicin. Syftet med miljörevisionen är att bedöma NU-sjukvårdens miljöarbete utifrån standarden ISO 14001 och ge underlag till hur miljöfrågor kan integreras i ett ledningssystem.
- Revisionen resulterade i en rapport, där styrkor och svagheter redovisas, dels mot standardens krav, dels Västra Götalandsregionens krav på införande av miljöledningssystem på förvaltningsnivå samt mot NU-sjukvårdens beslutade rutiner/arbets-sätt. Resultatet blir ett underlag för vidare utveckling av miljöledningssystemet
- Ledningens genomgång av miljöledningssystemet genomfördes den 10 december.

4.7.15 Alla verksamheter som Västra Götalandsregionen bedriver i egen regi eller finansierar ska ingå i tillgänglighetsdatabasen

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	Andel sjukhus som har inregistrerat 90 procent av sina offentliga lokaler i tillgänglighetsdatabasen.	35 procent	Ingen uppgift.

Ny version av Tillgänglighetsdatabasen (TD 2.0) var klar att börja användas under våren 2013. Under året har systemet successivt uppdaterats och förbättrats utifrån de fel och brister som hittats. Utbildning av handläggare inom NU-sjukvården skedde under senhösten och efter

anpassning av verktyget till tillgänglighetsdatabasen kom registreringen igång under senhösten.

Arbetet med inventering och inregistrering i tillgänglighetsdatabasen har påbörjats men registreringen är ett både omfattande och tidskrävande arbete. I Vårdöverenskommelsen 2013 ingår som målrelaterad ersättning att 90 procent av lokalerna ska vara registrerade. På grund av de tekniska komplikationerna är endast en bråkdel av NU-sjukvårdens lokaler registrerade vid årets slut.

5. Medarbetarperspektivet

NU-sjukvården har fortsatt den långsiktiga satsningen för att utveckla både medarbetarskap och ledarskap. Syftet är att chefer och medarbetare arbetar tillsammans och skapar en god och effektiv arbetsplats som skapar en starkare identitet och stolthet för verksamheten. De åtta temana i Medarbetarskap & Ledarskap som vävs ihop med Personalvision 2021 är:

- medarbetarskap
- öppenhet
- ansvar
- identitet och lojalitet
- arbetsglädje och stolthet
- initiativ till förbättring
- bemötande
- samarbete över gränser

NU-sjukvården menar att filosofin ska integreras i alla sammanhang och skapa en lärande kultur med ständiga förbättringar.

5.1 Verksamheternas mål i medarbetarperspektivet

NU-sjukvårdens strategiska mål i medarbetarperspektivet innebär: *Medarbetarskap & Ledarskap*

- Rätt kompetens på rätt plats utifrån verksamhetens behov
- Möjlighet till utveckling i en god arbetsmiljö
- Ett aktivt och ansvarstagande medarbetarskap och ledarskap

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Plan för ledarutveckling inom förbättringskunskap beslutas	Sjukhusledning	Implementering i verksamheten	Ej genomfört. Kurs genomförs under våren 2014.
Fullfölja Medarbetarskap & Ledarskap	HR/Område	Enligt plan	Genomfört.

En kartläggning och analys har gjorts av ordinarie ledningsarbete. Utifrån analysen har ledningsgruppsutveckling påbörjats under hösten och en stabschef har rekryterats. Aktiviteter har initierats för att tydliggöra styrning, ansvar och uppföljning.

Medarbetarskap & Ledarskap (M&L)

Det långsiktiga arbetet med M&L fortsätter och syftar till att chefer och medarbetare arbetar tillsammans för att skapa en god arbetsplats och stolthet för verksamheten. En inspirationsträff har hållits för chefer med föreläsare som inspirerade under temat utveckling och förbättring. Ytterligare en kurs har genomförts för att utbilda fler dialogledare. NU-sjukvårdens chefsprogram är anpassad utifrån filosofin, metoderna och verktygen i M&L och många uttrycker att man medvetet använder olika metoder i det dagliga arbetet. Flera medarbetare som är utbildade

dialogledare inom M&L och som har genomgått assessment center, har antagits till regionens chefskandidatprogram och är våra framtida chefer.

Andra organisationer har visat intresse för M&L och bland annat har Region Skåne besökt NU-sjukvården.

5.1.1 Hälsa, arbetsmiljö

Hälsoarbetet fortsätter att integreras med arbetsmiljöarbetet och med hälsofrämjande sjukvård, HFS. En av insatserna är hälsoprojektet (som löper under 2013-2014) för yrkesgrupperna läkarsekreterare, undersköterskor och barnmorskor samt deras chefer med syfte att minska sjukfrånvaron och förbättra den upplevda hälsan.

Hälsofrämjande insatser görs på avdelningsnivå och aktiviteter erbjuds fortlöpande för att uppnå en hälsosammare livsstil. Andra viktiga insatser är hälso- och arbetsmiljöutbildningar till alla chefer och skyddsombud. Dessutom sker utveckling av rutiner för att strukturera och underlätta hälso- och arbetsmiljöarbetet.

En regiongemensam medarbetarenkät har genomförts under året. Svarsfrekvensen för NU-sjukvården var 71 procent. NU-sjukvårdens resultat är på många sätt en spegling av hur det ser ut i Västra Götalandsregionen som helhet. Mest nöjda är NU-sjukvårdens medarbetare med det sociala klimatet. Resultatet visar vidare att det finns en bra plattform för lärande i NU-sjukvården.

Det finns också områden där det inte ser lika bra ut. Det gäller framför allt områden kopplade till stress och arbetsbelastning. Upplevelserna av målen både på övergripande och avdelnings-/enhetsnivå för de enskilda medarbetarna behöver också förbättras.

Handlingsplaner kommer att upprättas som kommer att ligga till grund för förbättringsarbetet. Den största utmaningen med anledning av enkätundersökningen blir att sätta upp mål som dels bidrar till att behålla det goda i förvaltningen, dels mål som kan bidra till förbättring såsom exempelvis att minska stress och arbetsbelastning.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Aktivt hälsoarbete för minskad sjukfrånvaro	Sjukhusledning	Sjukfrånvaro lägre än 4,5 procent	5,8 procent.
Ta fram handlingsplaner för arbetsmiljö och hälsa	Sjukhusledning	100 procent	Arbete pågår.

5.1.2 Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningsarbetet kretsar kring att attrahera, utveckla, behålla, utveckla samt avveckla/förändra kompetens. I arbetet med kartläggningen används den regiongemensamma modellen med Cognos Planning som verktyg. Förutom datainsamling har HR-enheten genomfört workshops med chefer för de olika områdena. Vid workshopen fick cheferna beskriva orsaker/problem till kompetensbrister och vilka aktiviteter som behövs för att lösa de identifierade bristerna. En kompetensförsörjningsplan har sammanställts och ska presenteras för ledningen under våren 2014. Kompetensutveckling planeras och genomförs till största delen decentraliserat i linjeorganisationen.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Aktivitetsplaner tas fram och genomförs baserade på analys av Cognos Planning	Område/ med stöd av HR	Genomföra aktivitetsplaner	Ja
Övergripande plan för kompetensförsörjning inom bristyrken i NU-sjukvården	Sjukhusledning	Ta fram plan	Ja
Andel verksamheter som uppfyller formell kompetens för handledarutbildning av akademiska vårdutbildningar, AT, ST och PTP	Sjukhusledning	God handledarkompetens	80 procent.

NU-sjukvården har Sveriges största AT-enhet, vilket 2013 innebar 48 kliniskt godkända legitimerade läkare. AT-kansliet har under året omorganiserats så att AT-chefen även är övergripande studierektor och till sin hjälp har 1,5 AT-samordnare och 0,5 pedagogisk resurs. För att öka trivseln har fadderverksamhet startat bland AT-läkarna. Det höga söktrycket visar att NU-sjukvården är en attraktiv arbetsplats för unga läkare. Efter avslutad AT-utbildning fortsätter ca 50 procent inom NU-sjukvården.

Under 2013 har sex utländska specialistläkare rekryterats via rekryteringsföretaget Paragona, varav tre har påbörjat sin anställning under året och tre specialistläkare börjar sin tjänstgöring på klinik i januari 2014. Det är specialistläkare inom patologi, kardiologi, geriatrik, rehabmedicin, ögon och psykiatri. Ytterligare fyra specialistläkare är rekryterade och börjar sin tjänstgöring under våren 2014. Två läkare har deltagit i regionens pilotprogram för lärande och utveckling i svensk hälso- och sjukvård för utlandsutbildad personal (PLUS).

NU-sjukvården deltog i en rekryteringsresa till Valencia, Spanien i samarbetet med EURES. Detta resulterade i att fyra specialistläkare var på besök i Sverige under året, varav en rekryterades (urolog). Fortsatt dialog pågår med ytterligare två specialister.

VGR finansierar specialistutbildning för sjuksköterskor inom vissa bristyrken genom att inrätta sk utbildningsbefattningar med lön, där anställning på ordinarie arbete varvas med halvfartstudier på specialistsjuksköterskeprogram. NU-sjukvården har tilldelats tio utbildningsbefattningar.

VGR gav också fortsatt anslag till kompetensutveckling för baspersonal. NU-sjukvården fick medel för ytterligare en kurs i akutsjukvård för 32 undersköterskor på Kom Vux. Syftet är att utbildningen ska leda till specifik kompetensutveckling för undersköterskor som ska få en fördjupad insikt i sin yrkesroll inom akutsjukvård. Arbete har påbörjats för att under nästa år starta en uppdragsutbildning för undersköterskor i ambulanssjukvård.

Rekryteringsenheten har deltagit i cirka 20 mässor runt om i landet under året i syfte att marknadsföra NU-sjukvården på både kort och lång sikt. NU-sjukvården, tillsammans med arbetsförmedlingarna i Fyrbodalen, har arrangerat en arbetsmarknadsdag för arbetssökande till vilket det kom över 200 personer. De fick en beskrivning av vilka yrkesgrupper som finns på ett sjukhus samt information om hur personalbehovet är de närmaste åren. Ett tiotal avdelningar presenterade sina verksamheter. De fick också råd om hur man kortar tiden från ankomst till Sverige tills det att man kan påbörja en tjänst som läkare.

Inför sommaren var bristen på sjuksköterskor stor och flera aktiviteter genomfördes för att rekrytera semestervikarier och lösa bemanningen. En sjukhusgemensam sommargrupp bildades för att hålla ihop arbetet. Det hölls ”öppet hus” för sjuksköterskestudenter, togs personliga kontakter med alla sjuksköterskestudenter i termin 6 från Högskolan Väst och även med sjuksköterskestuderande i Göteborg och Karlstad samt affischerades och annonserades. Ambulansverksamheten hade öppet hus i tre dagar. Bemanningsservice för timanställda på område medicin startades. Redan under hösten startade arbetet inför sommar- och semesterplaneringen 2014 med flera aktiviteter.

Nya chefer deltar i NU-sjukvårdens chefsprogram och utvärderingen visar att den är mycket uppskattad. Chefer medverkar också i regionens kursverksamhet/program.

Klinisk utbildning

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU)

NU-sjukvården har tillgodosett antalet VFU-platser enligt överenskommen basvolym för samtliga lärosäten i Västra Götalandsregionen. Enstaka studenter från lärosäten utanför regionen har kunnat erbjudas VFU-plats inom bland annat radiologi, fysioterapi, arbetsterapi, intensivvård, anestesi och operation.

Arbetsplatsförlagt lärande (APL), Arbetsplatsförlagd utbildning (APU) och Lärande i arbetslivet (LIA)

Beställningen av APL (ungdomsgymnasiet) och APU (vuxenutbildningen) har tillgodosetts. För medicinska sekreterare har beställningen av LIA uppfyllts till 100 procent.

Antal studerande i klinisk utbildning inom NU-sjukvården år 2013.

Program	Antal studerande	Antal veckor/år
Sjuksköterskeprogrammet	313	1 645
Röntgensjuksköterskeprogrammet	48	167
Socialpsykiatriska programmet	28	117
Arbetsterapeutprogrammet	14	53
Sjukgymnastprogrammet	17	53
Klinisk Näringslära/Dietistprogrammet	8	8
Biomedicinska analytiker	29	63
Specialistsjuksköterskeprogram	123	442
Totalt	580 studenter	2 548 veckor

Program	Antal studerande	Antal veckor/år
Omvårdnadsutbildningar inom gymnasieskola och vuxenutbildning	357	1 799
Yrkeshögskola - Hälso- och sjukvårdsadministration	30	200 veckor
Totalt	387 studenter	1 999 veckor

5.3 Personalstruktur

NU-sjukvården har fortsatt att arbeta med det projektet som påverkade personalstrukturen i väldigt stor utsträckning 2012, övertagande av två ambulansverksamheter i Dalsland och Norra Bohuslän. I detta arbete har det skett en viss justering av bemanningen, vilket innebär en utökning av sjuksköterskebemanningen. Detta är ett led i att minska blanda annat övertiden.

Det har även skett en del omflyttningar internt av vårdavdelningar inom olika områden.

Hopslagning av både kuratorsverksamheten och arbetsterapiverksamheten har skett under året. Tidigare så var det en verksamhet på varje sjukhus med viss samordning.

En ny avdelning, Mäva 3, öppnades under hösten med rekrytering av sjuksköterskor och undersköterskor.

Inom yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och läkare har det skett en ökning under året. Men det är fortsatt brist inom ett flertal specialistområden för såväl läkare som sjuksköterskor, trots ett ökat antal anställda under 2013.

5.4 Personalvolym

Personalvolymen har ökat inom NU-sjukvården 2013 jämfört med föregående år. Fördelat per anställningsform så har NU-sjukvården per den 31 december, 4 668 tillsvidareanställda, 405 visstidsanställda och 481 timanställda. Jämfört med samma månad föregående år ses en ökning av antalet tillsvidareanställda (35), visstidsanställda (43) och en minskning av antalet timanställda (19).

Ökningen av antalet tillsvidareanställda jämfört med samma månad föregående år har skett i framförallt personalgrupperna sjuksköterskor (59) och läkare (18). En minskning av tillsvidareanställda har skett bland annat i yrkesgrupperna undersköterskor (13), läkarsekreterare (17) och administration (15).

Orsaken till personalökningen är dels den nyöppnande vårdavdelningen Mäva 3, dels utökning av sjuksköterskor på ambulansverksamheterna.

Det finns en fortsatt upplevd obalans under 2013 mellan de ekonomiska budgetförutsättningarna och verksamhetens behov av tillgång till personal, framförallt inom vissa specialistkategorier och med tanke på de stora ersättningsbehoven inom kommande femårsperiod. För att

uppnå balans med de ekonomiska budgetförutsättningarna fortgår restriktion av nyanställningar, där prövning genomförs av respektive områdeschef vid rekrytering av vårdnära personal samt att utfasning sker av bemanningsföretag

NU-sjukvårdens mål att alla anställda ska erbjudas möjlighet till heltidstjänst har inte uppfyllts. Arbete kvarstår med att ingen anställd ska vara ofrivilligt deltidsanställd innan målet är uppfyllt. Vid årsskiftet 2013/2014 var det 27 anställda (24 kvinnor och 3 män) som meddelat till arbetsgivaren att de är ofrivilligt deltidsanställda. Det är bland yrkesgrupperna sjuksköterskor och undersköterskor som det finns flest ofrivilligt deltidsanställda.

NU-sjukvårdens arbete med att minska ofrivilligt deltidsanställda är att vid rekrytering försöka att erbjuda deltidsanställda heltid. Deltidsanställda erbjuds även att arbeta på andra avdelningar för att öka sysselsättningsgraden. TimeCare pool finns även att tillgå, där den anställda har möjlighet att boka extrapass.

Fremsta orsaken till att målet att erbjudas möjlighet till heltidstjänst inte nåts är de ekonomiska förutsättningarna som kräver en mycket slimmad grundbemanning.

Anställda per personalgrupp	2013			2012		
	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Sjuksköterskor, barnmorskor	1 654	251	1 905	1 639	253	1 892
Undersköterskor m.fl.	1 225	293	1 518	1 211	278	1 489
Läkare	320	372	692	307	359	666
Tandläkare	4	2	6	3	2	5
Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	9	0	9	9	0	9
Läkarsekreterare	403	3	406	412	3	415
Rehabilitering och förebyggande	306	52	358	300	57	357
Sjukhustekniker/labpersonal	156	49	205	152	49	201
Utbildning, kultur och fritid	18	3	21	20	2	22
Teknik, hantverkare	2	22	24	3	18	21
Kök, städ, tvätt	20	2	22	15	4	19
Administration	303	85	388	311	88	399
Summa	4 420	1 134	5 554	4 382	1 113	5 495

Anställda per personalgrupp	2013		2012	
	Antal	Andel (procent)	Antal	Andel (procent)
Sjuksköterskor, barnmorskor	1 905	34,3	1 892	34,4
Undersköterskor m.fl.	1 518	27,3	1 489	27,1
Läkare	692	12,5	666	12,1
Tandläkare	6	0,1	5	0,1
Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	9	0,2	9	0,2
Läkarsekreterare	406	7,3	415	7,6
Rehabilitering och förebyggande	358	6,4	357	6,5
Sjukhustekniker/labpersonal	205	3,7	201	3,7
Utbildning, kultur och fritid	21	0,4	22	0,4
Teknik, hantverkare	24	0,4	21	0,4
Kök, städ, tvätt	22	0,4	19	0,3
Administration	388	7,0	399	7,3
Summa	5 554	100,0	5 495	100,0

5.5 Sjukfrånvaro

Trenden med ökande sjukfrånvaro har fortsatt under 2013. Sjukfrånvaron uppgick till 5,0 procent 2011, 5,6 procent 2012 och 5,8 procent 2013. Ökningen har skett i de flesta större yrkesgrupper. Det är framförallt den längre sjukfrånvaro mer än 29 dagar som har ökat jämfört med 2012. Sjukfrånvaron 1-28 dagar har däremot minskat jämfört med förra året. NU-sjukvården har därför via Hälsoprojektet påbörjat ett hälsofrämjande/förebyggande hälso- och arbetsmiljöarbete samt ökad grad av arbetsanpassning och rehabilitering.

NU-sjukvårdens aktiviteter startade med anledning av resultatet i den kartstudie som ISM (Institutet för Stressmedicin) gjorde för några år sedan. Någon ny undersökning är inte gjord utan är tänkt att göras efter genomförda aktiviteter. Verksamheten uttrycker att ökningen av sjukfrånvaron påverkas av ökade krav både på kunskap om teknisk utrustning och patienter som ställer högre krav förenat med bemanningsproblematik med minimibemanning. Personalen uttrycker ökad stress, vilket gäller framför allt kvinnor i åldern 29 år och yngre. Med anledning av en hög sjukfrånvaro inom vuxenpsykiatri (slutenvården) gjordes en analys och genomgång under 2013 av samtliga medel- och långtidssjuka. Den visar på mycket låga arbetsrelaterade orsaker.

Hälsoprojektet startade november 2012. Fokus ligger på läkarsekreterare, undersköterskor samt barnmorskor. Urvalet har skett utifrån den så kallade KART-studien som genomförts av Institutet för stressmedicin. Enligt denna undersökning har läkarsekreterare och undersköterskor uppfattat sin hälsa och arbetssituation som sämre än övriga grupper. Sjukfrånvaron för dessa grupper har också legat högst jämfört med övriga yrkesgrupper. Barnmorskorna har kommit med i projektet på grund av upplevd försämrad arbetssituation vid senaste undersök-

ningstillfället i KART-studien. Efter förberedande aktiviteter och kartläggning över vilka åtgärder som behöver vidtas har vissa insatser påbörjats under hösten 2013. Resterande planerade åtgärds paket kommer kontinuerligt att pågå under år 2014.

En rehabstödsgrupp i Uddevalla bestående av HR, försäkringskassan och Hälsan och Arbetslivet har provats under 2013. Där har medarbetare som varit sjuka mer än 90 dagar kallats till ett samtal tillsammans med chefen för att eventuellt kunna göra en handlingsplan för att kunna gå tillbaka till arbetet. Arbetet med rehabstödsgruppen kommer att fortsätta under 2014. Ytterligare ett samarbete som HR haft tillsammans med Hälsan och Arbetslivet och Aleforsstiftelsen är ett antal utbildningstillfällen för chefer, där kunskap förmedlats i missbruksfrågor och vad som kan göras i förebyggande syfte på arbetsplatsen.

Sjukfrånvaro, procent av ordinarie arbetstid per personalgrupp och kön			
Personalgrupp	Kvinnor	Män	Totalt
Sjuksköterskor, barnmorskor	6,4	5,3	6,2
Undersköterskor m.fl.	7,9	8,4	8,0
Läkare	2,9	2,4	2,6
Tandläkare	0,3	0,9	0,5
Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	5,6	0,0	5,6
Läkarsekreterare	6,1	0,5	6,1
Rehabilitering och förebyggande	5,7	1,8	5,1
Sjukhustekniker/labpersonal	3,0	2,1	2,8
Utbildning, kultur och fritid	4,0	2,2	3,8
Teknik, hantverkare	14,0	1,4	3,1
Kök, städ, tvätt	7,7	1,6	6,7
Administration	4,7	3,0	4,3
Summa	6,1	4,4	5,8

5.6 Bemanningsföretag

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2012	Prognos 2013	Utfall 2013
Läkare	97 063	58 100	67 969
Sjuksköterskor	1 005	2 875	4 232
Övriga	85	25	78
Totalt	98 153	61 000	72 279

Bemanningsföretag har minskat med cirka 26 mnkr jämfört med 2012 och uppgår 2013 till 72,3 mnkr. Specialistläkare från bemanningsföretagen har framförallt använts inom medicin, radiologi, ortopedi, barn- och ungdomspsykiatri samt anesthesi. Bemanningssjuksköterskor har använts under sommaren på Akutmottagningen, Specialistmedicin och Akutmedicin. Fortsatt

brist på sjuksköterskor har medfört att det behövs bemanningssjuksköterskor även under hösten på den nyöppnade avdelningen (Mäva 3) inom akutmedicinkliniken.

Inom NU-sjukvården pågår ett arbete med att minska användandet av bemanningsföretag. För att använda bemanningsföretag krävs ett godkännande av sjukhusdirektören. Område psykiatri har medverkat i ett regionalt projekt, där målet har varit hyrläkarstopp 2013. Projektet har varit lyckosamt och psykiatrin har nått målet.

I arbetet med att minska nyttjandet av bemanningsföretag bedrivs en rad aktiviteter som annonsering, utlandsrekrytering, åtgärder för att behålla AT-läkare, rekrytering och utbildning av ST-läkare.

5.7 Jämställdhet och mångfald

I NU-sjukvårdens plan avseende jämlikhet inkluderas mångfald, jämställdhet, jämlik vård samt jämställdhetsintegrerad budget. Planen innehåller checklistor och inom medarbetarperspektivet är det följande områden: Medarbetarskap och ledarskap, rekrytering, löner och kompetensutveckling. Åtgärderna berör bland annat information om diskrimineringslagen, förhållningssätt vid föräldraledighet eller vid vård av barn, diskriminering och trakasserier, annonsinnehåll och urvalsprocess vid rekrytering, heltidsanställning, utvecklingssamtal, individuell utvecklingsplan, lönesamtal, lönekriterier, löneutveckling för föräldralediga och långtidssjukskrivna. Planen är integrerad i ledningssystemet och nytillträdda chefer får information om planen vid introduktion och utbildning. Åtgärderna följs upp i HR:s processer såsom att rekryteringsenheten bevakar och följer upp annonsering, lönefrågorna följs upp vid löneöversyn, utvecklingssamtal vid årsredovisning.

JÄMIX

Jämställdhetsindexet JÄMIX består av 9 nyckeltal. Resultatet från den nationella sammanställningen beräknas vara klart 24 januari. Analys kompletteras i årsredovisningen.

Jämställdhet vid utbildning

Utbildningskostnaderna för kvinnor och män följs upp men registreringen är ännu ej komplett, då knappt 20 procent av kostnaderna inte är uppdelade på kön. Dessvärre kan inte yrkesgrupper kopplat till kön urskiljas, Statistiken ger istället en bild av fördelningen och om kostnaderna per kön ökar eller minskar. Därför är det för tidigt att dra några slutsatser mer än att männens utbildningskostnad är högre än kvinnors. Kostnadsfria utbildningsinsatser registreras inte.

Mnkr	Kvinnor	Män	Kön ej angett	Summa 2013	Jämför 2012
Konto 4611, utbildningskostnader	7,9	4,8	0,5	13,1	15,9
Konto 4671, resekostnader	3,0	2,2	3,4	8,3	8,1
Summa (utbildningskostnad)	10,9	7,0	3,9	21,4	24,0
<i>Utbildningskostnader (andel/kön)</i>	<i>50,2%</i>	<i>32,0%</i>	<i>17,8%</i>		
<i>Jfr anställda/kön, totalt NU-sjukv</i>	<i>79,6%</i>	<i>20,4%</i>			
<i>Antal anställda</i>	<i>4 420</i>	<i>1 134</i>	<i>5 554</i>	<i>5 554</i>	<i>5 495</i>
<i>Kostnad/anställd (kronor/anställd)</i>	<i>2 466</i>	<i>6 173</i>	<i>702</i>	<i>3 853</i>	<i>4 368</i>

5.8 Regionfullmäktiges prioriterade mål i medarbetarperspektivet

5.8.1 Löneskillnaderna mellan män och kvinnor ska fortsätta minska

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Medellön för kvinnor/medellön för män (månadsanställda)	77,7 procent.	74,5 procent

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av:

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Analys av kvinnors, mäns medellön utifrån AID och BAS samt beslutad plan för löneöversyn	HR-chef	Ökat medvetande och strategiskt underlag inför löneöversyn 2013	Genomfört ja
Mätning och redovisning av utfall enligt plan för löneöversyn	HR-chef	Löneskillnaden ska minska med 0,5 procent efter löneöversyn 2013	Genomfört ja

Analys har skett av löneläget i samband med löneöversyn utifrån medellön för olika yrkesgrupper. AID-etikett och BAS-grupp är parametrar som de olika grupperna jämförs utifrån. Inga oskäligen löneskillnader kan konstateras när det gäller lika arbete, dock behöver en fördjupad analys och lönekartläggning ske utifrån likvärdigt arbete under början av 2014.

NU-sjukvården har inom de regionala medel som tillförts för att stärka de jämställda lönerna för främst högskoleutbildade inom vården, och genom att rikta egna medel och förstärka denna satsning, kunnat öka medellönerna för kvinnor till 74,5 procent av männens. En viss förklaring kan ses i att andelen manliga anställda har ökat i antal mer än den kvinnliga, och att detta bidragit till ett minskat löneläge i och med fler yngre med lägre lön anställda. Dock har de satsningar som nämnts ovan till stor del träffat målgrupper som bidrar till kvinnors högre ökning av medellönen 2013. Mätning har skett på medellön för tillsvidareanställda kvinnor och män utifrån individernas grundlön.

Eftersom den manliga gruppen innehåller större andel inom höglöneyrken än den kvinnliga kommer måltalet som satts på regionnivå, kvinnors lön 77,7 procent av männens, vara svårt att nå. För att nå denna nivå inom NU-sjukvården behöver kvinnornas löner öka med cirka 4,2 procent mer än männens.

5.8.2 Heltid ska vara norm vid tillsvidareanställning

NU-sjukvårdens mål att alla anställda ska erbjudas möjlighet till heltidstjänst har inte uppfyllts. Arbete kvarstår med att ingen anställd ska vara ofrivilligt deltidanställd innan målet är uppfyllt. Vid årsskiftet 2013/2014 var det 27 anställda (24 kvinnor och 3 män) som meddelat till arbetsgivaren att de är ofrivilligt deltidanställda. Motsvarande uppgifter för 2012 var 35. Det är bland yrkesgrupperna sjuksköterskor och undersköterskor som det finns flest ofrivilliga deltidanställda.

NU-sjukvårdens tillvägagångssätt att minska ofrivilligt deltidanställda är bland annat att vid rekrytering försöka att erbjuda heltidsanställning. Deltidsanställda erbjuds även att arbeta över avdelningsgränserna. TimeCare pool finns även att tillgå, där den anställde har möjlighet att boka extrapass och på så sätt få en högre sysselsättningsgrad.

Främsta orsaken till att man inte nått målet är de ekonomiska förutsättningarna som kräver en mycket slimmad grundbemanning.

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Andel ofrivilligt deltidanställda av tillsvidareanställda.	0,0 procent	0,6 procent
	2. Andel utannonserade heltidstjänster av samtliga utannonserade tillsvidaretjänster.	80 procent	79 procent

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Vid rekrytering och bemanningsplanering bevaka utrymme för heltidsanställning	Område	Andelen anställda med ofrivillig deltidanställning ska minska.	Ofrivilligt deltidanställda uppgick 2013 till 0,6 procent (0,8 procent 2012).

5.8.3 Västra Götalandsregionen ska klara sin egen kompetensförsörjning

	Styrtal VGR	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Kostnad för bemanningsföretag för läkare respektive sjuksköterskor (totalt VGR).	VGR: 340 mnkr NU: 60 mnkr	72 mnkr, varav 7 mnkr motsvaras av intäkter.
	2. Andel bemanningsläkare omräknat till årsarbetare i förhållande till det totala antalet läkare.	VGR: 2,9 procent NU: 4,5 procent	3,7 procent
	3. Andel bemanningssjuksköterskor omräknat till årsarbetare i förhållande till det totala antalet årsarbetare sjuksköterskor.	VGR: 0,1 procent NU: 0,1 procent	0,3 procent

6. Övrigt

6.1 Säkerhet och beredskap

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Utbilda chefer och brand-skyddsombud i NU-sjukvårdens systematiska brand-skyddsarbete	Säkerhetsenheten	Lagstadgat krav uppfyllt	Mål uppfyllt.
Uppdaterat program för systematiskt brandskyddsarbete	Område	Lagstadgat krav uppfyllt	Mål Uppfyllt.
System för internkontroll av systematiskt brandskyddsarbete	Område	Säkerställa att samtliga enheter genomför brand-skyddskontrollerna och att fel blir åtgärdade	Mål ej uppfyllt – Systemansökan görs till SiS-beredning i NU-sjukvården för att få system för rapportering.
Revision av katastrofmedicinsk plan	Sjukhusledning Chefläkare	Anpassning till regionala och nationella planer	Mål uppfyllt.
Utbildning katastrofmedicin enligt beslutad utbildningsplan	Sjukhusledning	Kompetenshöjning Utveckling inom området	Fastställd utbildningsplan har inte kunnat genomföras, dels pga att läkare från AnOpIVA inte har kunnat engageras, dels avsaknad av beredskapsinstruktör inom katastrofmedicin.
Arbeta med avvikelser relaterade till informations-säkerhet	Sjukhusledning	Analysera och följa upp avvikelser	NU-sjukvården saknar resurser för att analysera och följa upp avvikelser inom Informations-säkerhetsområdet. På grund av den nya styrmoddellen för IS/IT har flera personer från NU-sjukvården fått nya roller inom regionen som resulterat i minskade resurser i NU-sjukvården. Avvikelser kopplade till tekniska problem och IS/IT-system utreds och följs upp av VGR IT.
Utbildning personsäkerhet	Sjukhusledning	Förebygga, hantera och minska effekterna av hot och våld	Mål uppfyllt.

Uppföljning av säkerhetsarbetet 2013 enligt VGR:s anvisningar framgår av bilaga 3.

7. Ekonomiperspektivet

Under 2013 förelåg en obalans i NU-sjukvårdens ekonomi som inte kunde täckas genom minskning av planerad vård eller minskad tillgänglighet. Den totala obalansen för NU-sjukvården bedömdes i verksamhetsplan 2013 till -240 mnkr före kostnadssänkande åtgärder. Obalansen orsakades bland annat av sänkning av prislista diagnostik (35 mnkr), effektiviseringskrav (25 mnkr), minskad ersättning för obesitasoperationer (12 mnkr) samt återstående ekonomisk obalans från 2012.

Regionfullmäktige bemyndigade under året NU-sjukvården att få överskrida budget med upp till 141 mnkr under 2013. Resultatet för 2013 uppgår till -154 mnkr, vilket är 13 mnkr sämre än måltalet men i paritet med bedömningarna under året. Orsaker som påverkat resultatet är främst ökade personalkostnader kopplade till beläggningsgraden.

Resultatförbättrande åtgärder skedde med drygt 80 mnkr. Regionfullmäktige beslutade om regional finansiering under delar av året en extra medicinvårdavdelning för att minska överbeläggningarna inom sjukhuset. Beslutet gäller även 2014.

7.1 Verksamheternas mål i ekonomiperspektivet

NU-sjukvårdens strategiska mål i ekonomiperspektivet är: *Effektiv verksamhet*.

- Effektivt resursutnyttjande i verksamheten
- Effektiv kapacitets- och produktionsplanering
- Affärsmässighet

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Vidareutveckla verktyg och process för att mäta följsamhet mot godkända avtal samt läkemedelsrekommendationer	Ekonomi Läkemedelsenhet	Implementering	Uppföljning av följsamhet till läkemedelsrekommendationer görs klinikvis av utsedd ansvarig farmaceut på läkemedelsenheten. Under 2014 fortsätter arbetet med att följa detta klinikvis. Processen klar. Verktygen behöver fortsatt utvecklas.
Utveckla förmåga till utdata från interndebiteringssystem avseende lab prover, ta fram strategi för ev framtida interndebitering inom fler områden.	Ekonomi Lab projekt	Förslag till fortsatt plan	Projektet "Utdata-diagnostik" genomfört till ca 2/3. Därefter stoppat i regionens IT-bransch. Oklart hur arbetet kommer att drivas vidare.

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Process vidareutvecklas för öppen/transparent redovisning av verksamhetens resultat inom alla perspektiv, inkl nyckeltal. Utveckla metoder för uppföljning i dialog med verksamheterna.	Ekonomi HR	Implementering	Process och metodik har vidareutvecklats under året.
Vidareutveckla standardrapporter avseende VEP, anpassade till respektive verksamhet.	Ekonomi Områden	Plan framtagen	Arbete avstannat under året pga avsaknad av Cognosförvaltare.
Effektivisera utnyttjandet av inventarier och lokaler.	Ekonomi/HR Områden	Plan framtagen	Plan framtagen och uppsägning av vissa lokaler genomförda.
Minskad sortimentsbredd avseende materiel	Ekonomi Områden	Minskad sortimentsbredd	Sortimentsbredden minskat avsevärt inom vissa områden. Ytterligare aktiviteter under 2014 planeras.
Genomföra utbildning av budgetansvariga chefer	Ekonomi	25 procent av cheferna	Ej genomfört.

7.2 Ekonomiskt resultat

mnr	Utfall 2013	Budget 2013	Utfall 2012	Avvikelse utfall/budget	Avvikelse budget/utfall %	Förändring 2012/2013 %
Intäkter						
VÖK	3 678,7	3 664,9	3 606,3	13,7	0,4	2,0
Regioninterna intäkter	293,2	194,6	305,0	98,6	50,7	-3,9
Externa intäkter	190,2	172,7	191,8	17,5	10,1	-0,9
Summa intäkter	4 162,1	4 032,2	4 103,2	129,8	3,2	1,4
Kostnader						
Personalkostnader	-2 676,6	-2 532,8	-2 571,4	-143,8	5,7	4,1
Bemanningsföretag	-72,3	0,0	-98,2	-72,3	0,0	-26,4
Köpt vård	-102,9	-52,3	-85,6	-50,6	96,7	20,2
Läkemedel	-454,6	-481,0	-468,2	26,4	-5,5	-2,9
Övriga omkostnader	-924,0	-873,4	-972,8	-50,6	5,8	-5,0
Avskrivningar	-80,2	-84,0	-85,1	3,8	-4,6	-5,8
Summa kostnader	-4 310,6	-4 023,5	-4 281,3	-287,1	7,1	0,7
Finansiella intäkter/kostnader	-5,7	-8,7	-8,3	3,0	-34,4	-31,1
Resultat	-154,2	0,0	-186,4	-154,2		

Ekonomiskt resultat

Resultatet för år 2013 är minus 154 mnkr, dvs 13 mnkr sämre än den av regionen godkända avvikelser. Resultatet är också något sämre än bedömningarna under hösten. Regionfullmäktige beslutade i oktober 2013 att NU-sjukvården får överskrida budget 2013 med upp till 141 mnkr.

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. NU-sjukvården har även utfört vård inom neonatal utöver uppdrag i VÖK som medfört extra kostnader men inte fått intäkter för detta motsvarande 5,1 mnkr.

7.2.1 Analys utfall jämfört med budget**VÖK-intäkter 13,7 mnkr bättre än budget**

Anledningen till förbättringen är ersättningar för utökad antal förlossningar, tillgänglighets-satsningar BUP samt ersättning för utförda obesitasoperationer. NU-sjukvården klarar målen för kvalitet, tillgänglighet, hälsofrämjande- och förebyggande insatser. Avseende patientsäkerhet klarar NU-sjukvården inte målet för andel patienter med trycksår. Av totalt 107 mnkr erhöll NU-sjukvården 105 mnkr. NU-sjukvården producerade under 2013 vård för 70 mnkr (fullpris) över ersättningstaket som inte ersätts av beställarna.

Regioninterna intäkter och externa intäkter 116,1 mnkr bättre än budget

Regioninterna intäkter är 98,6 mnkr bättre än budget. Orsaker till den positiva budgetavvikelsen är ej budgeterad ersättning för köp av garantivård, utökning av produktion inom klinisk koloskopiverksamhet, ej budgeterade projektintäkter, ägarfinansiering av ny avdelning, såld vård till SkaS och Kungälv (neonatalvård samt urologi), skanning av journalkopior, statsbidrag för arbete med psykisk ohälsa barn och vuxna, ersättning för utjämnad lönestruktur och ersättning för arbetsmarknadsåtgärder. Övrig avvikelse är ersättning för intern försäljning av lab- och röntgentjänster, ökade patientintäkter på grund av höjt högkostnads-skydd och överproduktion samt ökade asylintäkter utöver plan.

Personalkostnader inklusive bemanningsföretag är 216 mnkr sämre än budget

Huvudorsaken till avvikelserna är tidsförskjutning av åtgärdsplanen på grund av ett fortsatt stort inflöde av patienter inom den somatiska vården som även inneburit överbeläggningar med ökade kostnader för egen personal och bemanningsföretag. Kostnaden för bemanningsföretag är kopplad till ökad patientsäkerhet och arbetsmiljö. Bemanningföretag har inte gått att fasa ut enligt plan framför allt på grund av medicinsk säkerhet.

Personalkostnader, som motsvaras av intäkter, avser projekt mm och uppgår till ca 32 mnkr.

Omkostnader 71 mnkr sämre än budget

Köpt vård är ca 50 mnkr sämre än budget. Ej budgeterade kostnader för köp av garantivård uppgår till 47 mnkr och motsvaras av en intäkt från regioncentralt. Kostnaden för övrig köpt vård, valfrihets- och högspecialiserad vård är drygt 3 mnkr sämre än budget.

Läkemedelskostnaderna är 26 mnkr bättre än budget, varav kostnaden för rekvisitionsläkemedel 14 mnkr och receptläkemedel 12 mnkr, där avvikelserna för receptläkemedel beror på att diabetes- och stomiprodukter inte längre bokförs som läkemedel, vilket inte var känt när budgeten fastställdes. Kostnadsutvecklingen följde inte den regionala läkemedelsenhetens

prognos för 2013, som spådde ökade kostnader på 3-4 procent, utan istället minskade kostnaderna under 2013.

Övriga omkostnader är ca 51 mnkr sämre än budget. De största avvikelserna är för lab- och röntgentjänster, sjukvårdsmateriel, hjälpmedel, förbrukningsmaterial samt IT-kostnader. Kostnaderna för sjukvårdsmateriel är ca 15 mnkr sämre än budget, varav knappt 12 mnkr beror på byte av konto i redovisningen för stomi- och diabetesartiklar. Dessa kostnader låg fram till maj respektive september på ett konto för läkemedelsnära produkter.

Avskrivningskostnaden är knappt 4 mnkr bättre än budget, på grund av tidsförskjutningar av investeringsinköpen.

7.2.1.2 Utfall jämfört med föregående år

Resultatet för år 2013 är -154,2 mnkr, vilket är 32,1 mnkr bättre än föregående år.

Intäkterna är 59 mnkr bättre än föregående år. Av dessa är vårdöverenskommelsen 72 mnkr bättre än föregående år.

Övriga intäkter är 13,4 mnkr sämre än föregående år. Regioninterna bidrag är 19,4 mnkr sämre, där de främsta orsakerna är en ny hyresmodell som inte genererar några bidrag 2013, finansiering en ny avdelning på område medicin samt satsningar på psykisk ohälsa inom barn- och vuxenpsykiatri.

Övriga intäkter som ersättning för utskrivningsklara patienter, sålda tjänster för lab- och röntgen samt patientavgifter är totalt 5,4 mnkr bättre än föregående år.

Kostnaderna är 27 mnkr sämre jämfört med föregående år. Av dessa är personalkostnader inklusive bemanningsföretag cirka 79 mnkr (knappt 3 procent) sämre än föregående år. Orsaker till ökade personalkostnader är främst övertag av ambulansverksamhet i egen regi och utökning av vårdplatser inom medicinområdet motsvarande en avdelning. Kostnaderna för ambulansverksamheterna har huvudsakligen flyttats från externa omkostnader till personalkostnader, cirka 30 mnkr. Övriga personalkostnader och kostnader för bemanningsföretag är bättre jämfört med 2012. Kostnaden för köp av externa läkare är drygt 29 mnkr bättre och köp av sjuksköterskor är drygt 3 mnkr sämre än 2012. Orsaker till minskade övriga personalkostnader är främst återhållsamhet av utbildningar, kurser och konferenser.

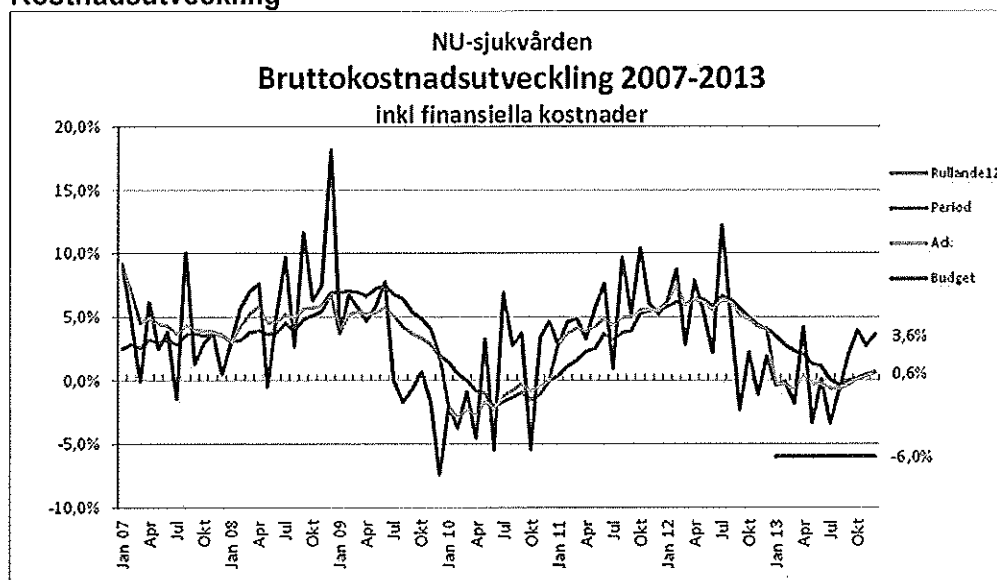
Övriga kostnadsökningar har skett inom köpt vård (17 mnkr), lab- och röntgenkostnader (10 mnkr), förbrukningsmaterial (8,5 mnkr, varav 4 mnkr avser IT-utrustning och 4 mnkr medicinteknisk utrustning inkl reparation och underhåll). Kostnaden för sjukvårdsmateriel har ökat, vilket till största delen beror på byte av konto för stomi- och diabetesartiklar från och med maj respektive oktober. Tidigare bokfördes dessa som läkemedel, vilket medför att läkemedel har lägre kostnader jämfört med år 2012. Minskade kostnader för ambulansavtal beror främst på övertagande av ambulansverksamhet i egen regi som återfinns under personalkostnader. Hyreskostnaden har minskat med cirka 34 mnkr, till största delen på grund av ny hyresmodell. För apotekstjänster och dosdispensering är kostnaderna lägre.

Intäktsutveckling

Intäkterna ökade under året med 1,4 procent. Den svaga intäktsutvecklingen beror främst på nettoindexering av vårdöverenskommelsen från nämnderna på ca 1,7 procent, minskade bidrag på grund av ny hyressättningsmodell och att kompensation för minskade intäkter på

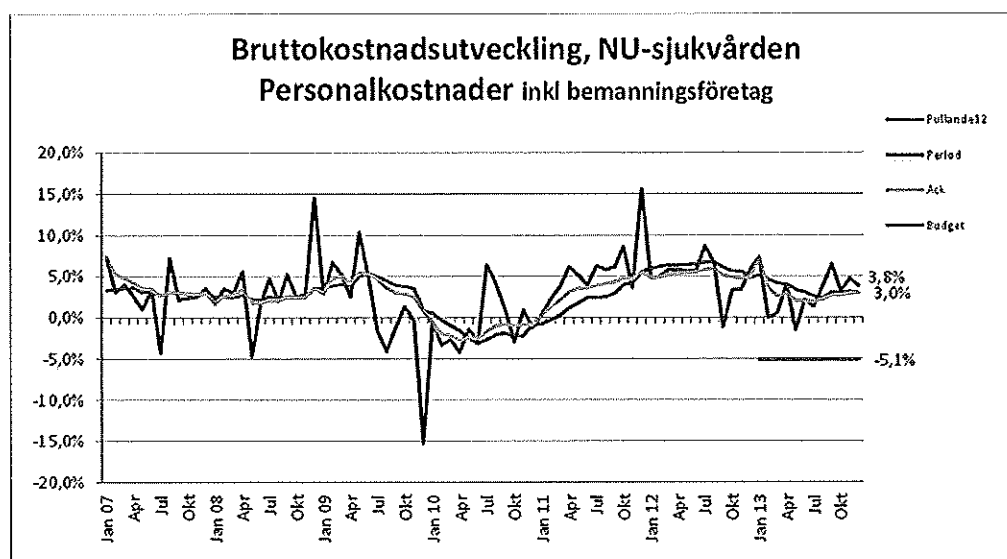
grund av regional prislista för lab- och röntgentjänster försvann inför år 2013. Lägre projekt-intäkter är också en bidragande orsak.

Kostnadsutveckling



Kostnaderna ökade under året med 0,6 procent. Personalkostnaderna följer den totala kostnadsutvecklingen och har under hösten legat ganska stabilt. Läkemedel påverkas positivt av införandet av den nya läkemedelsförsörjningsmodellen och kontobyte för stomi- och diabetesartiklar, vilket medfört att kostnaderna minskat under året med 2,9 procent. Sjukvårdsmaterial har ökat med 12,4 procent bland annat på grund av kontobytet. För övriga omkostnader minskade kostnaderna med 5,8 procent.

Personalkostnadsutveckling



Personalkostnaderna har ökat med 3 procent jämfört med föregående år inkl ambulansövertag under 2012. Kostnader för bemanningsföretag är 26 mnkr lägre än 2012.

Kostnader för läkemedel

Den totala kostnaden för läkemedel har minskat med 14 mnkr (3 procent) jämfört med 2012. Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel har minskat med 5 mnkr (3 procent) och receptläkemedel minskat med 8 mnkr (3 procent). Minskningen för receptläkemedel beror på att diabetes- och stomiprodukter inte längre bokförs som läkemedel.

De minskade kostnaderna för rekvisitionsläkemedel kan härledas till införande av den nya läkemedelsförsörjningsmodellen, där exempelvis kassationerna minskat med ca 0,8 mnkr. Bland de läkemedel som har minskat sina kostnader finns bland annat Kiovig (immunbristsjukdomar) som bytts mot ett billigare läkemedel och Angiox (läkemedel mot trombos). Kostnaderna påverkas också positivt av en stor läkemedelsrabatt (ca 4 mnkr) gällande diabetesprodukter.

Bland receptläkemedel som ökat i kostnad finns läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar (Simpon), immunbristsjukdomar (Hizentra) och hjärtinfarkt (Brilique). När det gäller kostnaden för dosförskrivning syns efter flera år av minskade kostnader en liten kostnadsökning mellan 2012 och 2013.

Inventeringen av läkemedel visade på en ökad lagernivå jämfört med 2012, vilket sänkte kostnaderna i bokslutet med cirka 0,4 mnkr.

Kostnader för material, varor och tjänster

Den totala kostnaden för material, varor och tjänster minskade med 49 mnkr jämfört med föregående år. De områden där kostnaderna minskat mest är för hyror på grund av ny hyresmodell samt verksamhetsanknutna tjänster på grund av att ambulansverksamheten övertagits i egen regi och kostnaden därför bokförts under personalkostnader. Kostnader som ökat är bland annat för sjukvårdsmaterial som delvis beror på byte av konto för stomi- och diabetesartiklar, kostnader för medicinteknisk utrustning inkl reparation och underhåll för denna utrustning samt IT-kostnader.

Kostnadsutveckling för de av regionfullmäktige beslutade besparingarna

Kostnaderna i NU-sjukvården för de av regionfullmäktige beslutade besparingarna framgår av nedanstående tabell. Kostnadsutvecklingen visar helår 2010-2013.

Externa kostnader, tkr	2013	2012	2011	2010	Jfr 2013 med 2012
Kurser och konferenser (konto 4611)	10 138	14 132	12 613	8 817	-3 994
Konsultkostnader (konto 7551)	1 878	1 998	2 907	8 014	-120
IT-tjänster (kontogrupp 754)	3 705	5 405	5 114	4 619	-1 700
Trycksaker (konto 6471)	265	215	287	247	50
Information och PR (kontogrupp 69)	441	417	662	1 193	24
Summa	16 427	22 167	21 583	22 890	-5 740

7.2.1.3 Utfall jämfört med helårsprognos per augusti 2013

Förändring mellan prognos per augusti och utfall 2013

mnkr	Utfall 2013	Prognos augusti 2013	Differens
Intäkter			
VÖK	3 678,7	3 673,0	5,7
Regioninterna intäkter	293,2	284,0	9,2
Externa intäkter	190,2	181,9	8,3
Summa intäkter	4 162,1	4 138,9	23,2
Kostnader			
Personalkostnader	-2 676,6	-2 651,5	-25,1
Bemanningsföretag	-72,3	-61,0	-11,3
Köpt vård	-102,9	-110,0	7,1
Läkemedel	-454,6	-459,0	4,4
Övriga omkostnader	-924,0	-912,3	-11,7
Avskrivningar	-80,2	-80,0	-0,2
Summa kostnader	-4 310,6	-4 273,8	-36,8
Finansiellt intäkter/kostnader	-5,7	-6,1	0,4
Resultat	-154,2	-141,0	-13,2

Förändringen mellan prognostiserat resultat per augusti och utfall 2013 visar att resultatet blev drygt 13 mnkr sämre. Intäkterna blev 23 mnkr bättre och kostnaderna 36 mnkr sämre än prognos per augusti.

Såld vård VÖK: Avvikelse mellan prognos i augusti och utfall för 2013 blev 5,7 mnkr. Orsaken är att förlossningar över plan blev fler än prognostiserat, vilket inneburit högre intäkter (förlossningar är styckprisersatta) samt tekniskt hantering av intäkterna för obesitasoperationer.

Regioninterna intäkter bidrag: Avvikelse mellan augustiprognos och faktiskt utfall är 0,6 mnkr. Orsak till avvikelsen är dels att prognos för obesitas har gjorts som bidrag (-4,1 mnkr), dels att den nya medicinavdelningen kunde gå i full drift tidigare än vad som beräknats i augusti (3 mnkr). Andra orsaker till avvikelsen är att ersättning för köp av garantivård och köp av obesitasoperationer blev högre än beräknat (1 mnkr).

Regioninterna intäkter övrigt: Övriga regionala intäkter avvek från augustiprognosen med 8,6 mnkr. Främsta orsaken är att sålda tjänster ökade under hösten samt att avtal med Kungälvssjukhus för såld urologi blev klart först i december. Ersättning för utökad koloskopi-verksamhet blev högre än beräknat på grund av högre produktion i november och december.

Externa intäkter: Utfallet blev 8,2 mnkr högre än augustiprognosen. NU-sjukvården har haft såld utomlänsvård under höst och vinter som har varit högre än tidigare år. Patientavgifter, sålda ambulanstjänster och övriga tjänster har varit högre under hösten än beräknat i augusti.

Personalkostnader: Avvikelsen mellan prognos augusti och utfall 2013 blev knappt 25 mnkr sämre. Orsaker är bland annat att en ny avdelning kunde bemannas fullt ut tidigare än förväntat, fler förlossningar utfördes, extra bemanning för neonatalvård åt patienter utanför upptagningsområdet, fler utförda koloskopier och urologi samt förskjutningar av planerade åtgärder. Övriga personalkostnader blev nästan lika med prognos augusti.

Bemanningsföretag: I augusti bedömde verksamheterna att de skulle kunna hålla nere köp av bemanningskostnader men inom framförallt område medicin, ortopedi, kirurgi och ögon har behovet blivit högre än beräknat.

Köpt vård: Köpt högspecialiserad vård blev 3,5 mnkr bättre än prognos augusti, främst tack vare att det inte varit några allvarigare brännskador eller ecmo-fall under hösten.

Köpt valfritt vård blev nästan 5 mnkr bättre än beräknat i augusti. Utfallet 2013 var väldigt ojämnt och fram till och med juli var kostnaderna cirka 10 mnkr högre än samma period föregående år. Fakturering september till och med december blev inte lika hög.

Köp av garantivård blev knappt 1 mnkr sämre än prognos augusti.

Övrig köpt vård blev 1 mnkr sämre än augustiprognosen. NU-sjukvården har kostnader för 50 stycken PCI gentemot SU, där NU-sjukvården har en motsvarande intäkt på 4,2 mnkr från HSN. Utöver dessa har SU fakturerat för ytterligare cirka 1 mnkr i december.

Läkemedel: Utfallet blev knappt 4 mnkr bättre än prognostiserat beroende främst på en oväntat hög rabatt gällande diabetesprodukter (gällde perioden 2011 – H1 2013), vilken bokfördes i december 2013.

Övriga omkostnader: Dessa blev 11,7 mnkr sämre än prognos augusti. De största ej förväntade överdragen är för lab- och röntgenkostnader, hyror, hjälpmedel och IT-tjänster.

Avskrivningar: Kostnaderna för avskrivningar blev lika med prognos augusti.

7.3 Åtgärder vid ekonomisk obalans

NU-sjukvårdens ingående obalans för 2013 bedömdes till -141 mnkr inkl fastställt åtgärdsprogram. Resultatet för 2013 uppgår till -154 mnkr. Regionfullmäktige har beslutat att NU-sjukvården under 2015 minst ska uppvisa ett nollresultat. NU-sjukvården har identifierat obalansen 2014 till drygt -200 mnkr, varav regionen godkänt överskridande om 90 mnkr och 30 mnkr för att uppnå ett beläggningsmål om 90 procent. Kvarstående kostnadssänkning för sjukhuset 2014 uppgår till minst 80 mnkr.

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade i juni 2013 om en plan för verksamhetsutveckling syftande till balans mellan kostnaderna för producerad vård och tillgängliga ekonomiska resurser. Innehållet i planen är en kombination av centralt identifierade och från verksamheterna föreslagna utvecklingsområden. Fyra områden har identifierats: akutprocessen, planerad vård, effektiv bemanning och lokalförsörjning.

- Den största kostnaden för sjukhuset är relaterad till vården av akuta sjukdomstillstånd i slutenvården. Trots minskade medelvårdtider har NU-sjukvården överbeläggningar. Överbeläggningarna har främst sin orsak i att fler patienter söker vård och tillståndet motiverar slutenvårdsbehandling. Patienterna blir sedan kvarliggande på sjukhuset efter det att deras tillstånd kräver det. Överbeläggningarna leder till dyra personallösningar och dålig arbetsmiljö. Regionstyrelsen tillförde i december i detaljbudget för 2014 NU-sjukvården 30 mnkr för att uppnå beläggningsmålet om 90 procent.
- Mellan 10 och 15 procent av NU-sjukvårdens totala slutenvård är planerad, där en stor variation finns mellan verksamheterna. Den planerade verksamheten kan effektiviseras med ökad grad av poliklinisering, produktions- och kapacitetsplanering, verksamhetsövergripande processer och samverkan med kommuner och primärvård samt kortare medelvårdtider.
- I begreppet effektiv bemanning identifierades verksamhetsanpassad bemanning inklusive kompetensförsörjning, scheman och kompetensersättning vid frånvaro. Dessutom ska nya arbetssätt kring patientdokumentation och administration verkställas, arbetssätt kring Time Care Pool utvecklas och en fortsatt översyn av chefsområden genomföras.
- Det finns möjligheter till både minskad lokalyta och reducering av de totala kostnaderna för lokalhyra. Detta ska ske genom förtätning av lokaler på Uddevalla sjukhus, uppsägning av avtal för lokalsjukhusen inför kommande upphandling, minska extern förhyrning av lokaler och flytta verksamheter i förhyrda lokaler till Uddevalla sjukhus och NÄL.

Utöver regionstyrelsens beslut i december om 30 mnkr för att uppnå beläggningsmålet, fattades även beslut om förstärkt controlling av NU-sjukvården under 2014 och att sjukhuset ska presentera och redovisa ytterligare kostnadssänkande åtgärder för att uppfylla ställda ekonomiska krav vid delårsrapporten i mars 2014. Dessutom föreslår regionstyrelsen att regionfullmäktige beslutar om att NU-sjukvården får överskrida sin budget med högst 90 mnkr 2014 och att sjukhuset får anstånd med att återställa negativt eget kapital tills ekonomi i balans nåtts. Regionstyrelsen beslutade även att ge NU-sjukvården medel för tillgänglighetssatsningar och koloskopiscreening om knappt 9 mnkr.

Åtgärdsprogrammet för 2013 bedömdes ge en kostnadseffekt om ca 125 mnkr. Resultatet för 2013 uppgick till -147 mnkr, vilket innebär att resultatförbättrande åtgärder skett med ca 80 mnkr.

NU-sjukvårdens uppfattning är att de åtgärdsplaner och områden som togs fram under 2013 för att sänka kostnaderna 2014 är tillräckliga. Fokus nu ligger på att skapa kraft och förmåga för att genomföra åtgärderna i verksamheten.

7.5 Investeringar

Investeringarna inom NU-sjukvården hamnade under 2013 på en något lägre nivå jämfört med genomsnittet de senaste 10 åren. Det beror dels på att en del stora strategiska investeringar faller ut först 2014, dels på att investeringsmedel har sparats för att täcka de stora investeringarna i VÖK-projekten som faller ut under 2014.

Under 2013 uppgick investeringarna totalt till 101 mnkr, fördelat på utrustningsinvesteringar 61 mnkr och lokalinvesteringar 40 mnkr, vilket är något lägre jämfört med utfallet 2012. Avskrivningskostnaden för 2013 uppgick till 80 mnkr, vilket är 4 mnkr lägre än budget.

De största enskilda utrustningsinvesteringarna under 2013 var inköp MR-kamera 3-Tesla (18,4 mnkr) och datortomograf (4,5 mnkr) till röntgen US, ultraljudsapparat till röntgen NÄL (2,4 mnkr), ultraljudsapparat till klinisk fysiologi (3,3 mnkr), utodlingsrobot till laboratoriemedicin (1,8 mnkr) samt koloskop (1,2 mnkr) till kirurgen.

De största enskilda lokalinvesteringarna under 2013 var påbörjade ombyggnationer i VÖK-projekten (32 mnkr) samt ombyggnation för införande av IP-telefoni (5 mnkr).

7.6 Regionfullmäktiges prioriterade mål i ekonomiperspektivet

7.6.1 Resultatets andel ska långsiktigt uppgå till minst 1 procent av bruttokostnaderna

	Styrtal	Måltal	Måluppfyllelse
VGR	1. Resultatets andel av bruttokostnaderna.	≥ 1,0 procent.	Målet ej uppnått, resultatets andel av bruttokostnaderna uppgår till ca -3,5 procent.

NU-sjukvården lever inte upp till målet 2013 men kommer att ha en långsiktig planering att nå upp till målet. Den långsiktiga planeringen består av åtgärdsplan för att öka effektivitet, se pkt 7.3.

7.7 Regionfullmäktiges uppdrag i ekonomiperspektivet

7.7.1 Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans

En tydlig inriktning inom NU-sjukvården är att utveckla och stödja ett decentraliserat ekonomiskt ansvarstagande. 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 kostnadskontroll och som NU-sjukvården under flera år arbetat aktivt med.

Under 2013 redovisar NU-sjukvården inte en ekonomi i balans men för att på sikt nå dit har NU-sjukvården tagit fram en åtgärdsplan för 2014-.

De sjukhusövergripande aktiviteterna 2013 har utgjorts av

Aktivitet	Ansvar	Mål	Måluppfyllelse
Strukturförändringar, exempelvis sammanslagning av mindre vårdavdelningar - renodling elektiv/akut verksamhet	Sjukhusledning	Enligt plan	Sammanslagning av chefsområden samt renodling elektiv/akut verksamhet har skett.
Verksamhetsanpassad bemanning av avdelningar och mottagningar	Områdeschef	Alla mottagningar ska ha en verksamhetsanpassad bemanning	Arbete pågår i projekt som ska redovisas i mars 2014.
Minska kostnader för ledning och administration	Sjukhusledning	15 mnkr jämfört med utfall 2012	Målet ej nått, ca 7 mnkr minskad kostnad jämfört med 2012.
Ökad grad av egna anställda och därmed minskat utnyttjande av bemanningsföretag	Områdeschef	Minska användning av bemanningsföretag med 33 procent jämfört med 2012	Målet uppfyllt.
Effektivare vårdplatssamordning inom och mellan områden	Områdeschef	Ta fram och genomföra plan	Daglig vårdplatssamordning sker.
Effektivare läkemedelshantering (en månad, apodos, förskrivningsmönster, lagerhållning mm).	Områdeschef	Följa plan	Planen följs.
Tydligare avgränsning mot primärvården (in- och utflöde, remissrekommendationer)	Områdeschef	Styra patienter till rätt vårdnivå	Arbete pågår i Samverkan Fyrbodalen.
Tydligare avgränsning mot högspecialiserad vård	Sjukhusledning	Styra patienter till rätt vårdnivå	Arbete pågår. Dialog förs med SU och beställare.
Minskning av antalet patienter som ligger kvar efter de att de är utskrivningsklara (UKP)	Sjukhusledning	Halvering av antalet UKP-dagar (inkl karensdagar) jämfört med 2012	Målet inte uppfyllt. Dialog med kommuner pågår.
Utmönstring av behandlingar med låg evidens	Områdeschef	Dialog	Dialog pågår.
Minskad sortimentsbredd	Områdeschef Ekonomichef	Fortsatt reduktion under 2013	Sortimentsbredden minskat avsevärt inom vissa områden. Ytterligare aktiviteter under 2014 planeras.

De identifiera fokusområdena för ökad effektivitet är följande områden;

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Kortare medelvårdtider
- Bemanningsplanering vårdavdelningar och mottagningar
- Minskade lokalytor

Se vidare kapitel 7.3.

7.7.3 Utförarstyrelserna ska i dialog med beställarna säkerställa att effektiviseringskravet inte hanteras som ett generellt sparbetning som fördelas ut jämnt över hela organisationen

Analyser sker fortlöpande för att identifiera områden där NU-sjukvården inte är konkurrenskraftig vid en jämförelse med andra sjukhus. Interna och externa analyser görs både av beställarkanslierna och NU-sjukvården. Diskussioner har förts med beställarna för att minska produktionsvolymerna för att uppnå sänkta kostnader, eftersom NU-sjukvården producerar mer än beställda volymer. För att klara vårdgarantin krävs dock högre volymer än i dagsläget.

7.7.4 Tvååriga överenskommelser/avtal mellan beställare/uppdragsgivare och utförare ska tecknas

NU-sjukvården och beställarna har tecknat en tvåårig vårdöverenskommelse 2013-2014. De ekonomiska förutsättningarna innebär behov av neddragning av lägre prioriterad planerad vård.

8. Bokslutsdokument och noter

	Not	Utfall 1312	Utfall 1212
Resultaträkning			
Verksamhetens intäkter	1	4 162 080	4 103 167
Verksamhetens kostnader	2, 3	-4 230 437	-4 196 132
Avskrivningar och nedskrivningar	4	-80 156	-85 123
Verksamhetens nettokostnader		-148 513	-178 088
Finansnetto	5	-5 703	-8 276
Årets resultat		-154 216	-186 364
Kassaflödesanalys			
Löpande verksamhet			
Årets resultat		-154 216	-186 364
Avskrivningar		80 156	85 123
Utrangeringar/nedskrivningar		334	195
Reavinst/- förluster sålda anläggningstillgångar	6	-30	0
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital		-73 756	-101 046
Förändring av rörelsekapital			
Ökning-/minskning+ av förråd		-9 765	232
Ökning-/minskning+ av kortfristiga fordringar		-32 856	81 335
Ökning+/minskning av kortfristiga skulder		25 665	-45 851
Kassaflöde från löpande verksamhet		-90 712	-65 330
Investeringsverksamhet			
Investeringar	7	-60 858	-65 076
Anläggningstillgångar överfört mellan enheter		261	16 933
Försäljningar anläggningstillgångar	8	165	0
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-60 432	-48 143
Finansieringsverksamhet			
Ökning+/minskning- av långfristiga skulder		8 152	-3 845
Erhållna/lämnade bokslutsdispositioner		100 000	159 364
Kassaflöde från finansieringsverksamheten		108 152	155 519
ÅRETS KASSAFLÖDE		-42 992	42 046
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		114 129	72 083
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		71 138	114 129
Kontroll av årets kassaflöde		-42 991	42 046
Differens		1	0

	Not	Utfall 1312	Utfall 1212
Balansräkning			
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar	9	0	176
Materiella anläggningstillgångar			
- maskiner och inventarier	10	291 814	311 667
- pågående investeringar	11	0	0
Summa anläggningstillgångar		291 814	311 843
Omsättningstillgångar			
Förråd	12	20 970	11 205
Kortfristiga fordringar	13	166 656	133 800
Likvida medel		71 138	114 129
Summa omsättningstillgångar		258 764	259 134
Summa tillgångar		550 578	570 977
Eget kapital			
Eget kapital		-186 364	-159 364
Bokslutsdispositioner		100 000	159 364
Årets resultat		-154 216	-186 364
Summa eget kapital		-240 580	-186 364
Skulder			
Långfristiga skulder	14	277 857	269 705
Kortfristiga skulder	15	513 301	487 636
Summa skulder		791 158	757 341
Summa eget kapital, avsättningar och skulder		550 578	570 977
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		1312	1212
Patientavgifter med mera		71 486	68 925
Såld vård internt		3 704 113	3 629 183
Såld vård externt		55 455	54 551
Försäljning material, varor och tjänster, internt		79 028	74 899
Försäljning material, varor och tjänster, externt		36 098	34 399
Hysesintäkter		748	3 390
Specialdestinerade statsbidrag		12 168	13 785
Övriga bidrag, internt		176 609	195 449
Övriga bidrag, externt		6 405	7 491
Övriga intäkter, internt		11 579	10 750
Övriga intäkter, externt		8 391	10 345
Totalt		4 162 080	4 103 167

2. Verksamhetens kostnader	1312	1212
Personalkostnader	2 676 651	2 571 379
Bemanningsföretag	72 279	98 153
Köpt vård internt	7 941	7 749
Köpt vård externt	94 936	77 817
Läkemedel	454 614	468 247
Lämnade bidrag, internt	-155	2 071
Lämnade bidrag, externt	1 785	1 699
Lokalkostnader, internt	240 122	273 385
Lokalkostnader, externt	18 142	20 789
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	30 229	70 970
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	80 136	74 226
Material och varor, internt	143 048	140 407
Material och varor, externt	205 009	174 830
Övriga tjänster, internt	125 254	122 056
Övriga tjänster, externt	14 361	14 340
Övriga kostnader, internt	35 300	44 362
Övriga kostnader, externt	30 785	33 652
Totalt	4 230 437	4 196 132
3. Personalkostnader, detaljer	1312	1212
Löner	1 856 899	1 777 582
Övriga personalkostnader	45 420	48 526
Sociala avgifter	774 332	745 271
Totalt	2 676 651	2 571 379
4. Avskrivningar och nedskrivningar	1312	1212
Avskrivningar		
Immateriella anläggningstillgångar	175	489
Maskiner och inventarier	79 981	84 634
Totalt	80 156	85 123
5. Finansnetto	1312	1212
Finansiella intäkter		
Ränteintäkter, internt	1 301	1 651
Ränteintäkter, externt	141	271
Övriga finansiella intäkter, externt	374	124
Totalt	1 816	2 046
Finansiella kostnader		
Räntekostnader, internt	7 478	10 290
Räntekostnader, externt	36	31
Övriga finansiella kostnader, externt	5	1
Totalt	7 519	10 322
Totalt finansnetto	-5 703	-8 276

6. Reavinster och reaförluster sålda anläggningstillgångar		1312	1212
Reavinster inventarier		30	0
Netto reavinster/-förluster		30	0
7. Investering i anläggningstillgångar		1312	1212
Årets investering i maskiner och inventarier		60 858	65 478
Årets pågående investering		0	-402
Totalt		60 858	65 076
8. Försäljning anläggningstillgångar		1312	1212
Försäljning maskiner och inventarier		165	0
Totalt		165	0
9. Immateriella anläggningstillgångar inklusive medicintekniska informationssystem		1312	1212
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>			
Vid årets början		2 446	2 446
Korrigerig anskaffningsvärde		-1	0
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar		2 445	2 446
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>			
Vid årets början		2 270	1 781
Årets avskrivning och nedskrivning		175	489
Utgående ackumulerade avskrivningar		2 445	2 270
Utgående restvärde		0	176
10. Maskiner och inventarier		1312	1212
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>			
Vid årets början		1 467 083	1 423 581
Nyanskaffningar		60 858	65 478
Överfört mellan enheter		-687	-18 545
Försäljningar/utrangeringar		-58 998	-3 431
Korrigerig anskaffningsvärde		0	0
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar		1 468 256	1 467 083
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>			
Vid årets början		1 155 416	1 075 627
Årets avskrivning och nedskrivning		79 981	84 634
Överfört mellan enheter		-426	-1 612
Försäljningar/utrangeringar		-58 529	-3 237
Korrigerig avskrivningar och nedskrivningar		0	4
Utgående ackumulerade avskrivningar		1 176 442	1 155 416
Utgående restvärde		291 814	311 667

11. Pågående investeringar		1312	1212
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>			
Vid årets början		0	402
Nyanskaffningar		0	-402
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar		0	0
12. Förråd och lager		1312	1212
Förråd och lager		20 970	11 205
Totalt		20 970	11 205
NU-sjukvården har under 2013 övertagit läkemedelslager från Regionservice. Ingående värde var 9 866 tkr.			
13. Kortfristiga fordringar		1312	1212
Kundfordringar, internt		280	324
Kundfordringar, externt		19 653	15 494
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt		32 104	19 474
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt		19 706	15 139
Övriga fordringar, internt		59 800	54 155
Övriga fordringar, externt		35 113	29 214
Totalt		166 656	133 800
14. Långfristiga skulder		1312	1212
Övriga långfristiga skulder, internt		277 857	269 705
Totalt		277 857	269 705
15. Kortfristiga skulder		1312	1212
Leverantörsskulder, internt		48 940	36 407
Leverantörsskulder, externt		56 066	73 418
Semesterskuld		136 800	128 158
Löner, jour, beredskap, övertid		80 676	76 113
Arbetsgivaravgifter, källskatt, F-skatt		91 838	87 045
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt		173	2 120
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt		14 909	13 514
Övriga kortfristiga skulder, internt		23 827	22 640
Övriga kortfristiga skulder, externt		60 072	48 221
Totalt		513 301	487 636

NU-sjukvården

Carina Åström
Ordförande
Styrelsen för NU-sjukvården

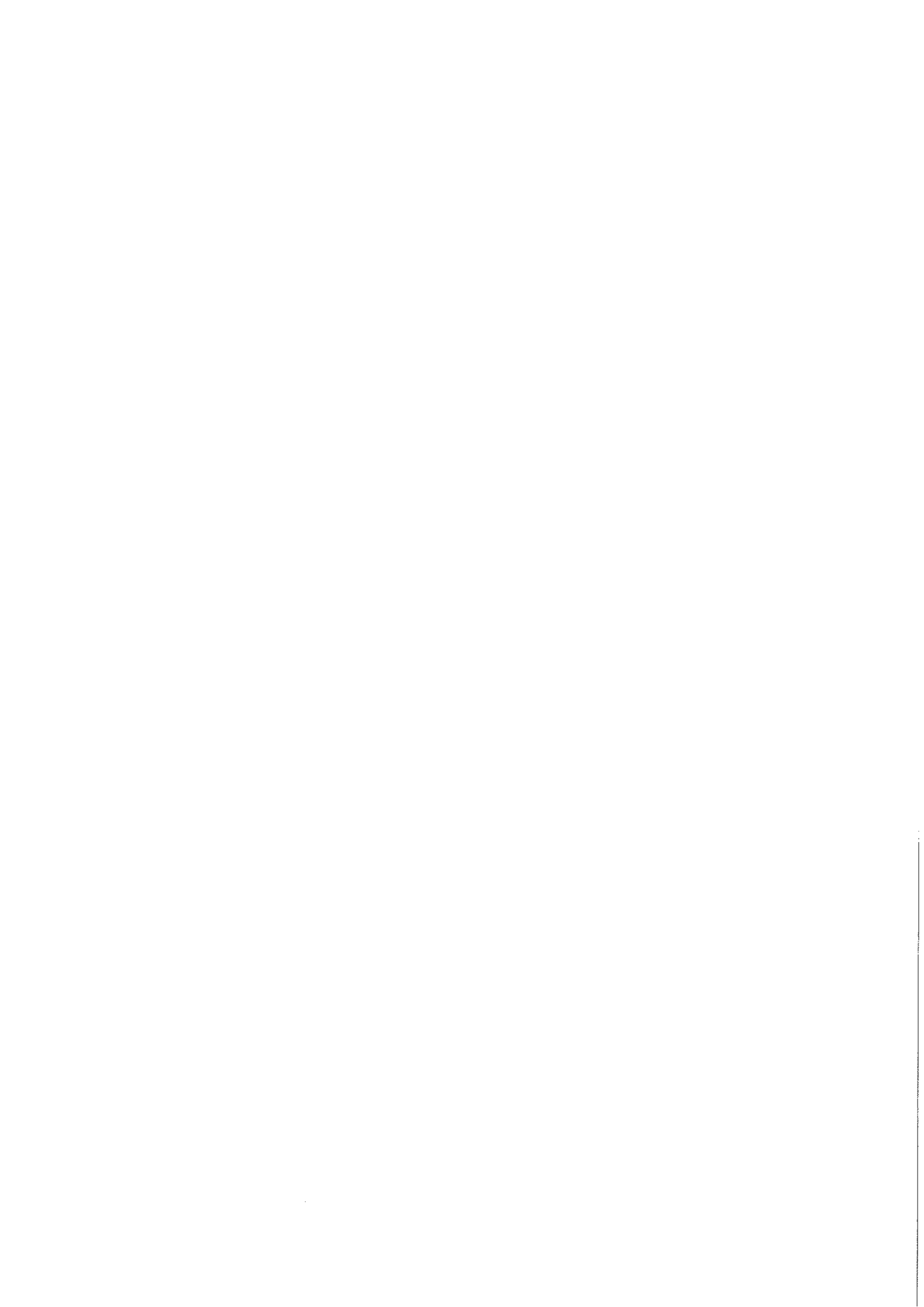
Eva Arrdal
T f sjukhusdirektör

Bilagor

Bilaga 1 Avrapportering intern kontroll i NU-sjukvården

Bilaga 2 Patientsäkerhetsberättelse

Bilaga 3 Säkerhetsrapport



Avrapportering intern kontroll 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 ingår i den beslutade interna kontrollplanen 2013 för NU-sjukvården och har kontrollerats. Den interna kontrollen bedöms som god.

Granskningsområde Rutin/process	Kontrollmoment	Resultat/åtgärd
Ekonomi		Ekonomichef
Aktuella rutiner, policys och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade	Uppdatering sker fortlöpande. Rutiner med felaktig datering uppdateras.
Attest	Kontroll att attestrutin är aktuell	Ingen anmärkning.
	Kontroll att nya/avslutade attester hantearas enligt rutin	Genomgång av register och kvalitetssäkring är genomförd. Nya attestuppdrag anmäls till styrelsen.
	Kontroll av att kännedom och kunskap om reglementen (ex integritet och jäv) finns hos fastställda attestanter	Genomgång med nya attestanter sker fortlöpande.
Inköp	Granskning av att externa varor och tjänster över 2 basbelopp följer regionens anvisningar och riktlinjer	Kontroll genomförd. 99 procent av de 100 största inköpsvolymerna, med ett inköpsvärde av 392 mnkr, var avtalade.
Investering	Kontroll att regler för redovisning av drift- och kapitalvaror följs (ex vid möbelinköp).	Kontroll genomförd. Regler följs.
"Köpt vård"	Kontroll av verksamheternas uppföljning	Kontroll av ortoped- och ögonklinikerna har skett. Inga anmärkningar.
IS/IT		Ekonomichef
	Kontroll att registrering av vård sker enligt fastställda beslut och rutiner	Elvis handbok uppdateras regelbundet. Uppföljning av felregistrering sker via surfellista. Produktionsfiler granskas.
HR		HR-chef
Aktuella rutiner, policys och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade	Uppdatering sker löpande.
Lagar, avtal och policys	Kontroll att lönesättning sker enligt "Riktlinjer för lönesättning"	Kontroll sker fortlöpande. Utbildningsinsatser är ej genomförda.
Registrering	Uppföljning av resande med NU-turen	Rutin är uppdaterad. Granskningen visar att regler och rutiner följs.
	Förvaltningarnas kontroller i löneutbetalningsprocessen enligt RSK 622-2010	Fungerar bra. Fortsatt utveckling av stödfunktioner via intranätet.

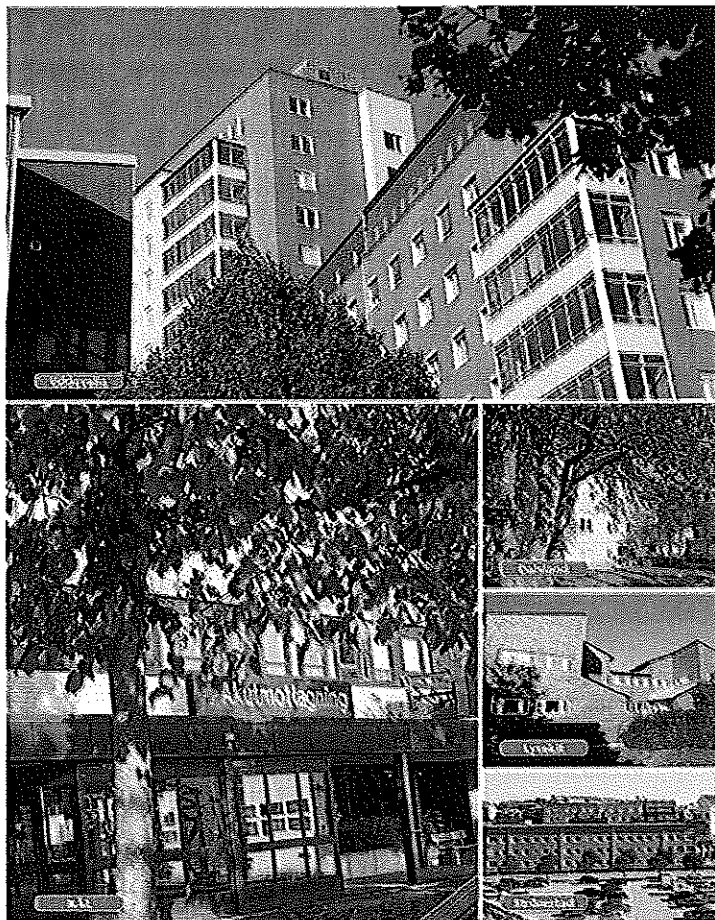
Bilaga 1

Sida 2 (2)

Granskningsområde Rutin/process	Kontrollmoment	Resultat/åtgärd
Säkerhet		Stabschef
Brandskydd	Kontroll av avdelningars systematiska brandskyddsarbete	Där lös inredning förekommer i korridorer på grund av överbeläggningar ska brandvakt sättas in. Brandskyddsregler bedöms delvis följas. System för uppföljning av enheternas brandskydd försenat och beräknas införas under 2014.
Informationssäkerhet	Kontroll att framtagna anvisningar och rutiner följs	Granskning visar att regler och anvisningar följs.
Kansli		Stabschef
Ärendehantering	Ärendehantering följer lagar och förordningar	Stickprov av diarieförda ärenden genomförs enligt rutin. Arbete pågår med att säkra upp rutiner kring ärendehantering. Fortsatt arbete under 2014.
	Kontroll att ärenden från Socialstyrelsen handläggs i tid och på korrekt sätt.	Ny riktlinje finns från hösten 2013 för handläggning av ärenden från IVO (Inspektionen för vård och omsorg).
Delegationsordning	Kontroll att beslut tas enligt delegationsordning.	Ny delegeringsordning från 2013-07-01, implementering nya rutiner för återrapportering av delegeringsbeslut tillämpas.
Ledningssystem	Kontroll att NU-sjukvårdens ledningssystem tillämpas.	Barium används som verktyg för kvalitets-säkring av styrande dokument till ledningssystemet. Översyn av ledningssystemets struktur pågår. Fortsatt arbete under 2014.
Beslut	Kontroll av sjukhusövergripande <ul style="list-style-type: none">• Beredning• Dokumentation• Kommunikation• Genomförande	Arbete pågår med att säkra upp administrativa rutiner kring beredning, beslutsfattande och uppföljning av genomförande. Fortsatt arbete under 2014.
Patientsäkerhet		Chefläkare
Aktuella rutiner, policies och reglementen	Kontroll att dokumenterade rutiner är uppdaterade	Rutiner är uppdaterade.
Patientsäkerhet	Kontroll av att anvisningar, utbildningar och handlingsprogram följs	Kontroll sker vid patientsäkerhetsdialoger med områden. Systematik utvecklas under 2014.
Avvikelsehantering	Kontroll av åtgärdsplaner	Kontroll sker vid patientsäkerhetsdialoger med områden. Systematik utvecklas under 2014.



Patientsäkerhetsberättelse NU-sjukvården



2013

140122
Chefläkare Magnus Söderbergh/Ulf Almqvist
Utvecklingsledare/Patientsäkerhet Graciela Carlson

Innehåll

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Uppföljning genom egenkontroll.....	7
Punktprevalensmätningar.....	7
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	8
Risikanalys	11
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringskyldighet.....	12
Hantering av klagomål och synpunkter	12
Sammanställning och analys	16
Samverkan med patienter och närstående.....	16
Resultat.....	23
Diagrammet visar resultat för år 2013 områdesindelad.....	24
NU-sjukvårdens resultat visas i diagrammet med 2011 års resultat som jämförelse	25
Övergripande mål och strategier för kommande år	33

Sammanfattning

NU-sjukvården har ett webbaserat ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Det har anpassats efter SOSFS 2011:9. Under 2013 slutfördes ett projekt om systematisk dokumenthantering. Projektet har levererat ett NU-övergripande styrdokument hur data förs över från Barium till NU-sjukvårdens ledningssystem. Dessutom har projektet utarbetat en grundstruktur för ett nytt ledningssystem som omfattar NU-övergripande nivå, områden och verksamhetsområden.

Inom området patientsäkerhet finns bl.a. handlingsplan för patientsäkerhet som sammanfattar de lagar och författningar som reglerar patientsäkerhetsarbetet. Den tydliggör bland annat ansvarsfördelningen mellan förvaltning, verksamhetsområden och medarbetare så att det systematiska patientsäkerhetsarbetet säkerställs.

Dessutom finns det handlingsplaner för patientsäkerhetskultur och trycksår.

Under året har NU-sjukvården deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna avseende vårdrelaterade infektioner, följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler samt trycksår.

En omfattande riskanalys för att identifiera risker och utarbeta åtgärdsförslag vid avbrott i medieförsörjningssystemen på NÄL har genomförts under våren 2013.

NU-sjukvården genomför sjukhusövergripande journalgranskningar (MJG) för att registrera vårdskador. Under 2013 genomfördes journalgranskningar även inom medicinområdet separat. Rapportering till SKL:s nationella databas har skett.

Utbildning och information angående Lex Maria och händelseanalyser har genomförts. Utbildning i patientsäkerhet för nyanställda genomförs.

Under 2013 har utsetts läkemedelsansvariga läkare på varje klinik som utbildats i infektionsverktyget. Infektionsverktyget är ett IT-stöd för kontinuerlig registrering av vårdrelaterade infektioner och orsaker till antibiotikaordinationer.

NU-sjukvården har sedan flera år tillbaka ett webbaserat rapporteringssystem där verksamheterna varje månad registrerar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler. Det finns även ett webbaserat rapporteringssystem för att registrera förekomst av vinterkräksjuka (calici).

Sjukhusövergripande riktlinjer vid överbeläggningar i NU-sjukvården finns som komplement till åtgärdstrappor inom område medicin, kirurgkliniken och ortopedkliniken. I dessa riktlinjer har NU-sjukvården utöver patientsäkerhet även beaktat brandskyddsaspekter och arbetsmiljö.

Standardvårdplaner för CVK, fall och trycksår med SKL:s åtgärds paket som grund är implementerade. Även standardvårdplaner för behandling med ECT och för den palliativa vården Liverpool Care Pathway (LCP) har utarbetats.

Sjukhusövergripande riktlinje finns för avvikelshantering.

Rapportering av patientsäkerhetsarbetet på verksamhetsnivå sker genom patientsäkerhetsdialoger mellan patientsäkerhetsenheten och med sjukhusets områdesledningar en gång per år och vid förvaltningsledningens uppföljningsmöten samt i samband med årsredovisningen.

NU-sjukvården arbetar med checklistor för Säker Kirurgi och Säker Förlossningsvård för att minska förlossningsskador på barn. Verksamheterna deltar i verksamhetsspecifika kvalitetsregister.

NU-sjukvården har patientvägledare på varje klinik som på ett systematiskt sätt tar emot patienters och närståendes synpunkter och klagomål. NU-sjukvården samverkar nära med Patientnämnden.

Vid händelse- och riskanalyser involveras patienter och närstående. De har då möjligheter att föreslå förbättringsåtgärder vad gäller vården.

NU-sjukvården kan över tid konstatera att det skett en minskning av vårdrelaterade infektioner sedan mätningarna började 2008, men under de senaste mätningarna har det skett en utplaning kring 7 – 8 procent.

Medarbetarna skriver avvikelserapporter och arbetet med patientsäkerhet har breddats i organisationen. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har, sett över en längre period, klart förbättrats.

NU-sjukvården har fått full ersättning av statliga medel kopplat till patientsäkerhetsarbetet.

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 som är webbaserat. Det har anpassats efter SOSFS 2011:9. 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 beläggningsgraden 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 och Vårdhygien. Till stöd för denna funktion finns tillgång till utvecklingsledare i verksamheterna och förvaltningsgemensamt. I NU-sjukvårdens utvecklingsplan 2013-2022 diskuteras ett stärkt centralt stöd till verksamheterna för att uppnå en större helhetssyn på patientsäkerhetsfrågorna.

Ansvar 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

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 §

Mätmetoder:

- Avvikelser registreras i MedControl PRO
- Markörbaserad journalgranskning, MJG. Femtio 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 dagligen
- Överbeläggningar och utlokaliserade patienter rapporteras till SKL varje månad

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete följs upp av sjukhusledningen och i verksamhetsberättelser (styrkort) på klinik- och sjukhusövergripande nivå. Chefläkare och utvecklingsledare för patientsäkerhet genomför patientsäkerhetsdialoger med områdesledningarna.

Frågor som går igenom är:

- Hur har patientsäkerhetsarbetet bedrivits?
- Vilka åtgärder har vidtagits vid avvikelser från målet?
- Vilka resultat har uppnåtts?

Inom följande områden ska måluppfyllelse och arbetssätt redovisas gällande:

- Handlingsplan för patientsäkerhetskultur
- Handlingsplan för trycksår
- Avvikelser
- Lex Maria
- Säker kirurgi
- Säker förlossningsvård
- Risk- och händelseanalyser
- VRI: er
- Hygienombud
- Stängda avdelningar pga Calici
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- SKL:s handlingsplaner

Uppföljning genom egenkontroll

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

NU-sjukvårdens patientsäkerhetsenhet har under år 2013 gjort intern kontroll av:

- att dokumenterade sjukhusövergripande rutiner är uppdaterade
- att sjukhusövergripande handlingsplaner är upprättade, genomförda och uppföljning av åtgärder

Sjukhusövergripande rutiner finns numera i dokumenthanteringssystemet Barium

Handlingsplan för trycksår är upprättad och uppföljning av dokumenterade riskbedömningar görs varje månad

Handlingsplaner för patientsäkerhetskultur är upprättade och följs upp via patientsäkerhetsdialoger

Punktprevalensmätningar

Punktprevalensmätningar vårdrelaterade infektioner

Punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner har genomförts två gånger under året.

Punktprevalensmätning trycksår

Punktprevalensmätning av trycksår har genomförts våren 2013.

Punktprevalensmätningar för följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)

Punktprevalensmätningar för följsamhet till BHK har genomförts 2 gånger under året.

Markörbaserad journalgranskning

Journalgranskning av trettio journaler per månad görs sjukhusövergripande och tjugo journaler per månad inom område medicin. 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.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Samverkande vårplanering

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.

Samverkande sjukvård

Samverkande sjukvård är ett pågående projekt inom Fyrbodalen där vården kommer till patienten i stället för tvärtom.

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.

Vårdsamverkan FyrBoDal

Vårdsamverkan Fyrbodalen 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 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 upprepade 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. Detta är ett projekt som bedrivs av HSA med hjälp av ett privat företag.

Processarbete gravida kvinnor med diabetes

Processarbete avseende gravid kvinna med diabetes, mellan kvinnokliniken och specialistmedicin, har pågått under året. Rutiner är utarbetade och följs.

Instruktörer på laboratoriemedicin

Laboratoriemedicin har ett omfattande system med instruktörer som arbetar med sina kunders/remittenter för att säkerställa kvalitet, både inom NU-sjukvården och med primärvård.

Processer

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

Aktivitet	Uppföljning 2013
Utveckla processen för TIA/Stroke	Under 2013 har följande utförts: 1. Samlad strokeenhet NÄL 2. Övningar strokelarm 3. Utökade logopedresurser Stroke/TIA-rutiner införda på MAVÅ, som fungerar som reserv när strokeavdelning är fullbelagd
Utveckla processen för prostatacancer	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	Utsedd processansvarig i väl utvecklad process inom NU-sjukvården. Fortlöpande kontroll finns av processen
Utveckla processen för sepsis	Försenad aktivitet, flyttad till 2014.
Utveckla processen för amputation	Amputationsprocessen etablerad vid avdelning 6 men svårigheter föreligger att upprätthålla den beslutade processen. Förbättrat utfall med högre andel protesförsörjning. Arbets sättet bör utvärderas under 2014.
Utveckla processen för lunginflammation (regional)	Syftet är att förbättra prognos och motverka återinsjuknande för patienterna. Teknisk anpassning i Melior försenad och arbetet fortsätter under 2014.
Utveckla processen för höftplastik (regional)	Under året har ett processarbete för ledplastiker igångsatts vid ortopedkliniken, vilket resulterat i ökad produktion och sänkta medelvårdtider.
Utveckla processen för knäplastik (regional)	Under året har ett processarbete för ledplastiker igångsatts vid ortopedkliniken, vilket resulterat i ökad produktion och sänkta medelvårdtider.
Utveckla processen för framfallsoperation (regional)	56 procent av ingreppen sker i öppenvård (önskvärt registreringsvärde >60 procent)
Utveckla processen för galloperation (regional)	Hög andel galloperationer i öppenvård. Regionalt processmål uppfyllt
Utveckla diagnostikprocesserna	Inom 10 arbetsdagar besvaras inom patologi: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Risakanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Risakanalys 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 risakanalys istället för händelseanalys.

Antal utförda risakanalys

Indikator	Område	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda risakanalys	Medicin och akut	8	10
	Diagnostik	12	7
	Opererande	6	4
	KK/Barn	4	2
	Vuxenpsykiatri	1	1
	Totalt	31	24

I NU-sjukvården har det skett ett antal organisationsförändringar under året som lett till en ökning av antalet analyser.

Händelseanalys

Händelseanalyser genomförs nästan alltid i de fall då det har gjorts en Lex Maria-anmälan. 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.

Det görs även händelseanalyser vid enskilda ärenden där patient eller anhöriga riktar anmärkningar mot vården.

Lex Maria-ärenden, dess händelseanalys och Socialstyrelsens beslut publiceras på NU-sjukvårdens webbplats.

Antal utförda händelseanalyser

Indikator	Område	Utfall 2013	Utfall 2012
Antal utförda händelseanalyser	Medicin och Akut	7	12
	Diagnostik	4	4
	Opererande	8	8
	KK/Barn	6	6
	VUP	8	8
	Totalt	33	38

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

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Antal avvikelser har totalt ökat, men utfallet blir lägre 2013 då antalet årsarbetare ökat. Nettoårsarbetare har ökat med 46 stycken.

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. Chefsjuksköterska, utvecklingsledare för patientsäkerhet och chefläkaren träffar patientvägledarna 1-2 gånger per termin för erfarenhetsutbyte tillsammans med Patientnämnden.

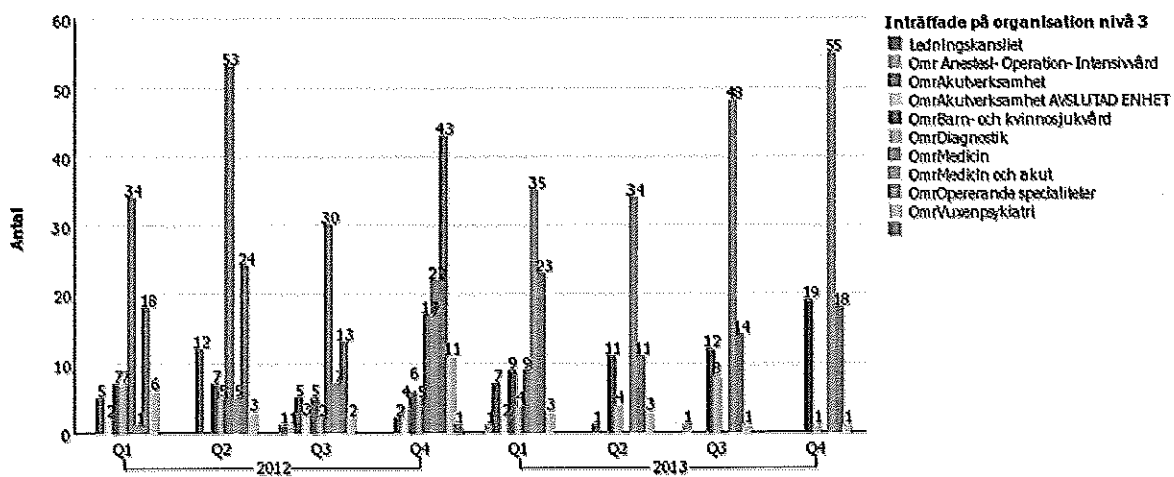
Ärenden av övergripande karaktär hos Patientnämnden tas upp med chefläkaren. Chefläkaren återkopplar ärendena i sjukhusets ledningsgrupp.

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 2012 och år 2013 indelat på områdesnivå.



Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål" (2014-01-22)

Tabellen visar antal patientklagomål år 2013

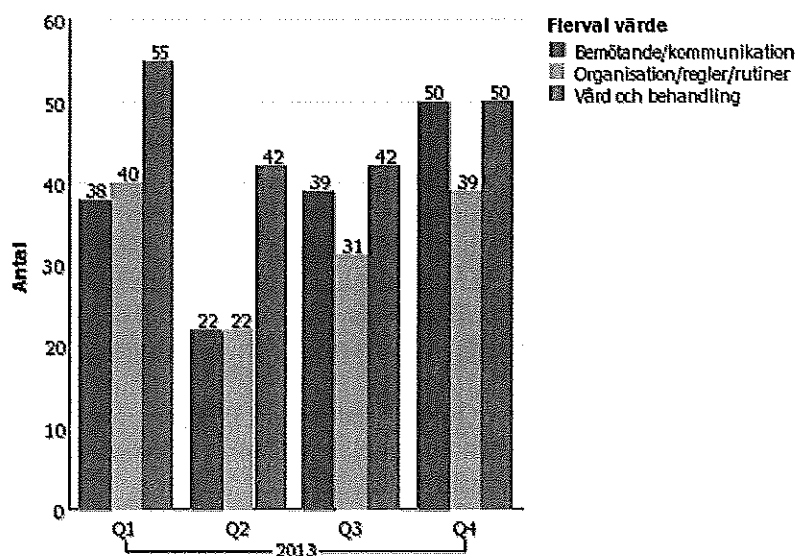
Riskvärde		2013				Summa (Riskvärde)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Omr Anestesi- Operation- Intensivvård	Riskvärde 1	1		1		2
	Summa(Område)	1		1		2
Omr Akutverksamhet	Riskvärde 1	7	1			8
	Summa(Område)	7	1			8
Omr Akutverksamhet AVSLUTAD ENHET	Riskvärde 1	1				1
	Riskvärde 2	1				1
	Summa(Område)	2				2
Omr Barn- och kvinnosjukvård	Ej angivet värde	5	6	4	8	23
	Riskvärde 1	4	4	7	7	22
	Riskvärde 2		1	1	4	6
	Summa(Område)	9	11	12	19	51
Omr Diagnostik	Ej angivet värde			1		1
	Riskvärde 1	3	1	5	1	10
	Riskvärde 2	1	3	2		6
	Summa(Område)	4	4	8	1	17
Omr Medicin	Riskvärde 1	7				7
	Riskvärde 2	2				2
	Summa(Område)	9				9
Omr Medicin och akut	Ej angivet värde	3	1	14	26	44
	Riskvärde 1	30	31	31	22	114
	Riskvärde 2		2	3	7	12
	Riskvärde 3	2				2
	Summa(Område)	35	34	48	55	172
Omr Opererande specialiteter	Ej angivet värde	6	6	7	7	26
	Riskvärde 1	14	5	5	10	34
	Riskvärde 2	3		2	1	6
	Summa(Område)	23	11	14	18	66
Omr Vuxenpsykiatri	Riskvärde 1	3	2	1		6
	Riskvärde 2		1		1	2
	Summa(Område)	3	3	1	1	8

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål" (2014-01-22)

Område medicin och akut har ett högt antal registrerade ärenden. Förklaringen är att de har en väl fungerande rutin.

Totala antalet registrerade patientklagomål har minskat med 27 ärenden jämfört med föregående år.

Antal patientklagomål indelat i typ för år 2013.



Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål – per typ" (2014-01-22)

Tabellen visar typ av patientklagomål med angivande av riskvärden

Typ av patientklagomål		2013				Summa(År händelse)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Bemötande/kommunikation	Ej angivet värde	6	2	8	20	36
	Riskvärde 1	30	19	28	22	99
	Riskvärde 2	2	1	3	8	14
	Summa(Riskvärde)	38	22	39	50	149
Organisation/regler/rutiner	Ej angivet värde	3	4	6	15	28
	Riskvärde 1	34	15	20	16	85
	Riskvärde 2	2	3	5	8	18
	Riskvärde 3	1				1
Summa(Riskvärde)	40	22	31	39	132	
Vård och behandling	Ej angivet värde	12	9	20	24	65
	Riskvärde 1	36	27	20	18	101
	Riskvärde 2	5	6	2	8	21
	Riskvärde 3	2				2
Summa(Riskvärde)	55	42	42	50	189	

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal patientklagomål – per typ" (2014-01-22)

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

Uppgifter om ärenden till Patientnämnden saknas.

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, patientväglare och Patientnämnd angående utfall av avvikelser. I delårsrapporter anges antalet avvikelser för perioden, liksom antalet händelse- och riskanalyser.

Antal avvikelser har totalt ökat, men antalet avvikelser per anställd blir lägre 2013 då antalet årsarbetare ökat. Nettoårsarbetare har ökat med 46 stycken. Antalet vårdskador har ökat med 244 stycken (inträffade och tillbud) vilket motsvarar en ökning med cirka 10 procent. Med tanke på att det har funnits ett mörkertal vad gäller registrerade avvikelser kan ökningen avspegla en ökad benägenhet till detta.

Antalet patientklagomål registrerade i MedControl PRO har minskat med 27 stycken jämfört med föregående år. Antalet avvikelser är beroende av benägenheten hos patientväglarna att registrera.

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 anhöriga 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.

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Medicin och Akut

Patientväglare, tillika utbildad analysledare, har under året närvarat vid APT på de flesta avdelningar/mottagningar inom området och informerat om avvikelshantering, patientvägledning samt händelse- och riskanalys.

En arbetsgrupp har tillsammans med en kommun inom upptagningsområdet identifiera läkemedelsbister i vårdens övergångar samt kommit med förbättringsförslag som kommer att implementeras under våren 2014.

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. 11:30, 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 och AnOpIVA

Under året som gått har samtliga verksamheter inom område Opererande specialiteter arbetat hårt med resultatet av Säkerhetskulturmätningen och med att ta fram en handlingsplan för att öka patientsäkerheten.

Områdets kliniker har också deltagit i nationella punktprevalensmätningar för trycksår, VRI och BHK. Förutom punktprevalensmätningar har månadsvisa mätningar av BHK genomförts

Övriga aktiviteter som vidtagits under 2013 vid respektive verksamhet:

AnOpIVA-kliniken

- SKL's handlingsprogram
- Controllingmöten
- Ständigt pågående utbildning och kompetensutveckling
- Rätt bemanning under dygnet
- Körkort för apparatur
- Strukturerade rapporter enligt mall i Orbit
- SBAR vid rapportering
- Digital anestesijournal
- IT-baserad dokumentation
- Checklistor

Kirurgkliniken

Under 2013 har kirurgkliniken arbetat aktivt med patientsäkerhetsfrågorna. Särskilt fokus har ägnats den externa revisionen av "Säker bukkirurgi" i samarbete med bl.a. LÖF samt arbetet med att återkoppla avvikelser, socialstyrelseärenden etc. via månadsbrev "Säker kirurgi".

Andra prioriterade arbetsområden har varit att införa det Nationella palliativa kvalitetsregistret på hela kliniken, införa rökstopp inför operation, följa upp postoperativa komplikationer genom klinikens komplikationsregister samt introduktion av de lokala standardvårdplanerna som finns för trycksår, fallskador och nutritionsproblem.

Seminarium tillsammans med läkarna på AnOpIVA kring patientfall med fokus etik och donationsfrågor har genomförts under ledning av Daniel Brattgård.

Två patientsäkerhetsprojekt har startats upp på området där kliniken deltar: "Direkt till operation" samt "Minska vårdrelaterade urinvägsinfektioner på avdelning 3".

I början av året infördes öppen retur för patienter med behandlingskomplikationer till cytostatikabehandling till avdelning 62. Omfattande arbete har också bedrivits för att utveckla prostatacancerprocessen under 2013.

Ortopedkliniken

Målen för patientsäkerhetsarbetet under året har varit att få till ett mer systematiskt arbete. Under sista halvåret har fokus på detta intensifierats. En halv utvecklingsdag under hösten ägnades åt patientsäkerhetsarbete. Bland annat föreläste då Pelle Gustavsson från LÖF om deras syn på patientsäkerhetsarbete. Detta ledde till att Ortopedkliniken bildade en grupp på kliniken som skall arbeta med patientsäkerhetsfrågor. Deltagarna i denna grupp kommer att genomgå en patientsäkerhetsutbildning som arrangeras av Svensk Ortopedisk förening samt LÖF.

Ortopedkliniken har deltagit i det nationella projektet PRISS (protesrelaterade infektioner skall stoppas). Detta har lett till en rad förbättringar, bland annat vad det gäller antibiotikaanvändning.

Ortopedkliniken har också intensifierat arbetet med avvikelser vilka diskuteras regelbundet på arbetsplatsträffar.

Nämnas kan också arbetet med att skapa en bra process för knä och höftplastikerna. Detta är den största elektiva patientgruppen och kan man standardisera behandlingen av dessa patienter räknar vi med att kunna minska komplikationerna genom snabbare och aktivare rehabilitering.

Då kliniken haft svårt att klara remissbesöken har det startats ett arbete att förbättra mottagningsverksamheten. I denna arbetsgrupp har ingått mottagningspersonal, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare. Ur patientsäkerhet är detta ett prioriterat arbete då patienten skall kunna ses inom rimlig tid.

Ortopedkliniken tillämpar rökstopp i samband med operation samt använder WHO:s checklista för säker kirurgi.

Ögonkliniken

- Ledningens förmåga att visa att patientsäkerhetsarbete prioriteras.
- Förbättra feedback på incidensrapporter
- Förbättra information och feedback till patienter/anhöriga
- Arbetsbelastning och personaltäthet

ÖNH- och Käkkirurgiska kliniken

Genomfört ytterligare utbildning för cheferna i MedControl för bättre handläggning av avvikelserapporter.

Barn och kvinnosjukvård

Arbetet med säker vård följs kontinuerligt upp på områdes- och verksamhetsledning samt vid uppföljningsmöten mellan områdeschef och sjukhusdirektör, chefläkare, personalchef och ekonomichef tre gånger årligen. Patientsäkerhetsberättelse ingår som en egen punkt i områdets verksamhetsberättelse som skrivs i slutet varje år. Uppgifter

gällande områdets patientsäkerhetsarbete lämnas även till

NU-sjukvårdens utvecklingsledare med inriktning på patientsäkerhet så att patientsäkerhetsberättelse kan sammanställas på förvaltningsnivå.

Utveckla 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.

Kompetensutveckling/bemannning vid identifierade avvikelser kopplat till detta område

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

Kompetensutveckling/bemannning vid identifierade avvikelser kopplat till detta område

Alla barn som avdelning 34 tar emot från Göteborg odlas med hänsyn till MRB och isoleras tills negativa provsvar erhållits. Följsamheten till basala hygienregler registreras. Två hygienansvariga finns utsedda på avdelningen och hygien är en stående punkt på APT. Aktivt arbete pågår för att få ändamålsenliga lokaler.

Avdelning 23 har tillsammans med hygiensjuksköterska gjort en översyn av avdelningens rutiner för att förbättra rutinerna vid hantering av bland annat mat och avfall.

På barnmottagningen används speciella rum vid misstanke om smittfarliga sjukdomar.

Översyn av schema har gjorts för att möjliggöra att patienter som kommit dagtid till akutmottagningen kan avslutas innan barnmottagningen stängs.

Falldiskussioner sker regelbundet i läkargruppen på barnkliniken. Alla läkare och de sjuksköterskor som arbetar med akut omhändertagande av sjuka barn har genomgått akutövningar med speciell inriktning (A-HLR) mot barn under hösten 2013.

Uppdragsbeskrivningen till Läkare med Medicinskt ledningsuppdrag har uppdaterats och innehåller tydlig beskrivning av bla ansvar i patientsäkerhetsfrågor.

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.

Falldiskussioner sker dagligen på förlossningsavdelningens rond.

Förekomst av sfinkterrupturer mäts och rapporteras. Alla patienter med konstaterad ruptur följs upp av specialutbildad sjukgymnast för att minska framtida problem hos patienten.

All personal på förlossningen och alla läkare har deltagit i praktisk obstetrik för att höja kompetensen hos personalen.

All personal på gyn avdelningen har gått ALERT-utbildning.

Sju sjuksköterskor har under året tagit cytostatikakörkort för att öka den medicinska säkerheten vid administrering av cytostatika.

Arbetsmiljöbefrämjande åtgärder som bidrar till att stärka patientsäkerheten

Avvikelse är ibland kopplade till hög arbetsbelastning och man arbetar aktivt för att ha en adekvat bemanning. Skriftliga rutiner med åtgärdstrappa finns.

Barnpsykiatrisk slutenvård har under året ett kontinuerligt utvecklingsarbete för att förebygga hot- och våldssituationer. Några medarbetare har vidareutbildat sig är nu certifierade och har fått ett uppdrag att sprida denna kunskap till dagvård och öppenvård.

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

"Tid NU" införs på våra barn- och gynnottagningar. Inom BUP bokas alla besök sedan länge i dialog.

"Mina vårdkontakter" är under införande på samtliga mottagningar.

För att vara lättillgängliga har barnmottagningen på NÄL alltid en eller två linjer öppna för rådgivning.

Många patienter med kroniska sjukdomar har sjuksköterskor med specifik kompetens. Detta ger en trygghet och kontinuitet.

BUP arbetar med utveckling av klinikkens interna processer. Detta medför en ökad kontroll av patientflödet och ger även ett säkrare internt flöde mellan klinikkens enheter.

Minska väntetider, överbeläggningar och utlokaliseringar

En administrativ rutin har tagits fram som stöd vid överbeläggningar inom slutenvården.

Utlokaliseringar ses ej som ett alternativ i barnsjukvården då alla barn har rätt att vårdas i miljö lämplig för barn.

Säker informationsöverföring i vårdens övergångar

Från den 1 januari inför BUP en samordnad individuell plan (SIP) som ska upprättas där andra vårdgivare är involverade i vården.

Förbättrade dokumentationsrutiner för att stärka patientsäkerheten

Under året har arbete med att uppdatera klinikernas medicinska PM bedrivits. Riktlinje om individuell vårdplan har utarbetats. Denna vårdplan är nu implementerad i journalsystemet Melior.

Utnyttja IT-system för att förbättra patientsäkerheten

Avvikelsesrapporter skickas till IT-enheten då man finner problem som kan leda till bristande patientsäkerhet.

Skanning av provsvar har under året haft en tendens att bli fördröjda varför förbättringsåtgärder har genomförts.

För att säkerställa patientsäkerheten och ha en samlad journal för gravida kvinnor har under flera år arbete pågått för en integration mellan datasystemen Obstetrix och Melior. Denna begäran har inte prioriterats av VGR-IT så fortfarande kan man inte använda Melior och Obstetrix på ett integrerat sätt. Följden blir att manuell inmatning sker av uppgifter in i labbmodulen och att läkemedelsjournalen är i pappersform, vilket är en stor patientsäkerhetsrisk.

Elektronisk födelseanmälan har införts under året och det innebär att de flesta barn som föds får ett fullständigt personnummer direkt vid födseln. Detta minskar risken för felregistrering vid provtagning och olika undersökningar. Personnumret finns då redan i datajournalen.

Extra arbete har lagts på att förbättra rutinerna vid identitetsmärkning då det har förekommit flera avvikelser angående detta

Säkerhetsställa att personal följer gällande lagar, författningar, rutiner och riktlinjer med koppling till patientsäkerhet

Kontinuerlig information på APT.

På avdelning 34 finns en PM-grupp som följer upp och ser till att alla PM blir uppdaterade och nya PM utarbetas vid behov.

Under året har en utveckling av remisshantering, nybesök och behandlingskonferenser skett på BUP genom framtagande av administrativa riktlinjer som nu är implementerade och beslutade.

Diagnostik

Inom området har ett arbete startat under 2013 med att förbättra kvaliteten på innehållet i inkommande remisser. Målet är att "göra rätt från början" och att arbetet ska ske i tätt samarbete med berörda remittenter.

På Patologkliniken sker ett ständigt förbättringsarbete inklusive patientsäkerhetsarbete. En del arbete utförs i processarbetet både på kliniken men även i det sjukhusgemensamma processarbetet.

På ortopedteknik så diskuteras produktnyheter gemensamt forum inom VGR utifrån de kriterier som fastslogs i upphandling av ortopedtekniska produkter.

Tillgänglighet för patienter och anhöriga att nå ortopedteknik har ökat genom införande av nytt telefonisystem. Avvikelser tas upp med samtlig personal i samband med APT för information och kompetensutveckling. Utrustning i behandlingsrum byts ut kontinuerligt.

Medel har beviljats för byte av möbler i väntrum och behandlingsrum. Dels av hygieniska skäl och dels ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Bytet kommer att genomföras under första kvartalet 2014.

Produkter som återkallats av leverantör har spårats och återsänts.

På medicinsk teknik så har förebyggande underhåll gjorts enligt plan. Kliniken har format en grupp som specialiserat sig på förebyggande underhåll i Primärvården, detta ska leda till ett enhetligt arbetssätt och därmed ökad kvalitet och säkerhet. Medicinsk teknik har också, under året, fortsatt jobbat med en prioriteringsmodell för förebyggande underhåll vilket ska leda fram till att de arbetar med rätt uppgifter vid rätt tillfällen.

På BFM så har man infört gemensam bokningscentral för att skapa gemensamma förutsättningar för elektiv bokning samt öka tillgängligheten. Man har förbättrad dokumenthantering av patient- och remittentärenden. Man har utökat öppettiderna för CT- och MR-undersökningar och man har ny MR och CT-utrustning samt ultraljudsutrustningar.

Strålskyddskommittén ska i huvudsak verka som ett forum där strålskyddsfrågor kan rapporteras och samordnas och genom sin verksamhet stimulera kliniker till en allmän god strålhygien i enlighet med nationella och internationella strålskyddsprinciper.

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.

Under året har en revidering av områdets självmordpreventionsprogram påbörjats. Detta program beräknas vara klart för införande under våren 2013.

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

Under året har 87 % av dem som väntar på första besök genomfört besök inom 60 dagar och 95 % genomfört besök inom 90 dagar (preliminära siffror). Svårighet att nå 100 % finns genom att det blir en del sena återbud vilket omöjliggör en omplanering inom gränsen för vårdgarantin

Av patienter som väntar på neuropsykiatrisk utredning har 66 % erbjudits besök för utredningsstart inom 90 dagar i december. Total sammanställning för helåret finns inte tillgänglig i dagsläget.

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

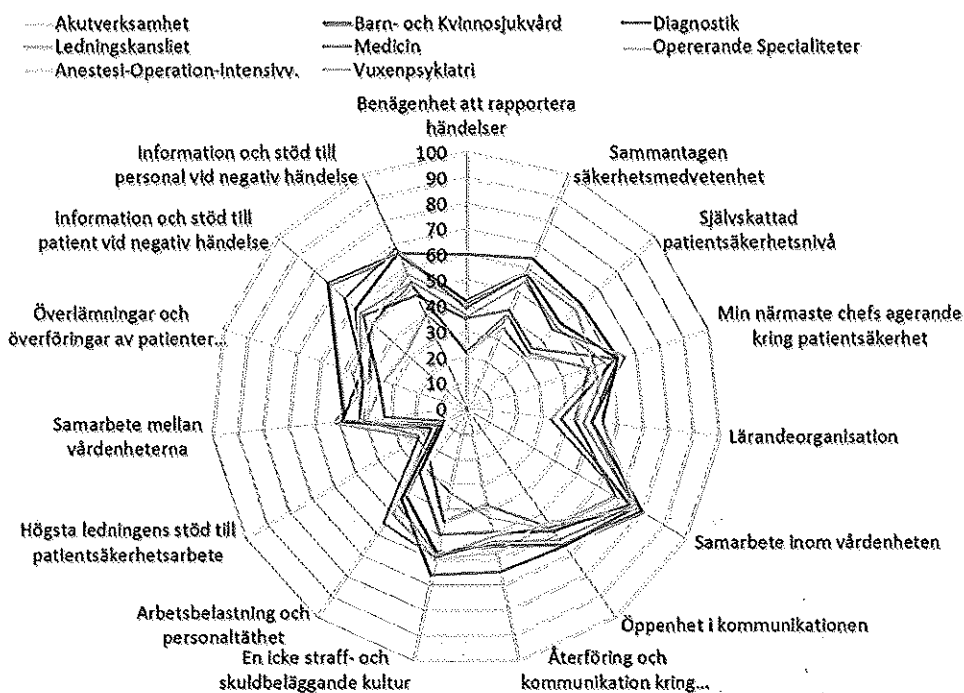
Den andra patientsäkerhetskulturmätningen gjordes april 2013 där medarbetare med patientnära arbete deltog.

Tabellen visar svarsfrekvens för patientsäkerhetskulturmätningen

	Totalt utskickade	Returnerade	Svarsfrekvens
NU-sjukvården	4052	2598	67,9 %
Akutverksamhet	339	203	61,5%
Barn- och Kvinno-sjukvård	582	350	62,7%
Diagnostik	348	241	73,7%
AT-läkarna	85	37	46,8%
Medicin	927	496	58,3%
Opererande Specialiteter	1215	885	76,9%
Vuxenpsykiatri	556	386	72,8%

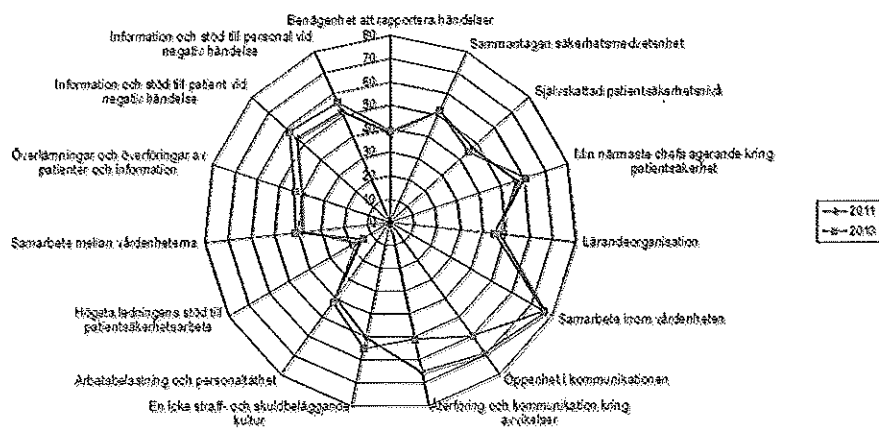
En låg svarsfrekvens kan vara en indikator på att patientsäkerhetskulturen inte är tillräckligt utvecklad.

Diagrammet visar resultat för år 2013 områdesindelad.



NU-sjukvårdens resultat visas i diagrammet med 2011 års resultat som jämförelse.

Resultat NU-sjukvården 2011-2013



NU-sjukvården präglas av en hög belägningsgrad där område medicin 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.

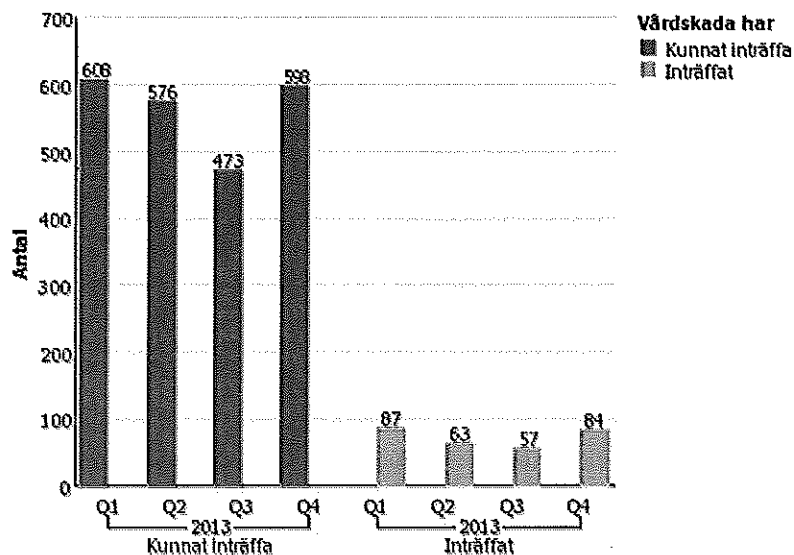
I jämförelse med de regionala, och än mer med de nationella resultaten ligger NU-sjukvården lägre i de flesta dimensionerna.

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

Diagrammet visar antal avvikelserapporter avseende patientavvikelser för år 2013 i NU-sjukvården.

MedControl PRO

Antal vårdskador



Riskvärde	Kunnat inträffa				Inträffat				Summa(Riskvärde)
	2013				2013				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	34	61	68	189	7	4	11	28	402
Riskvärde 1	417	392	319	286	58	44	34	44	1 594
Riskvärde 2	148	116	81	122	21	9	6	11	514
Riskvärde 3	9	7	5	1	1	6	6	1	36
Summa	608	576	473	598	87	63	57	84	2 546

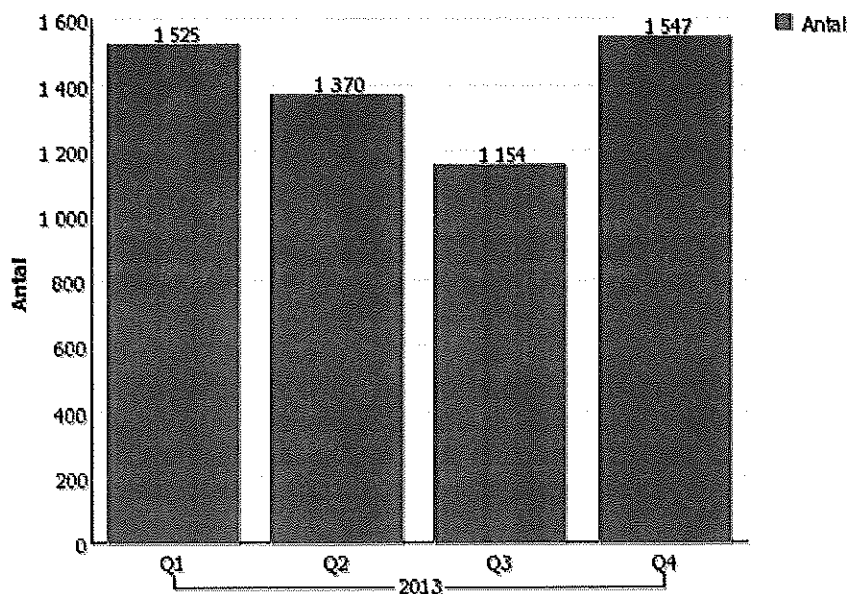
Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal vårdskador" (2014-01-22)

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 42 ärenden enligt Lex Maria.

Diagrammet och tabellen visar antal patient- och personalavvikelser för år 2013 i NU-sjukvården.

MedControl PRO

Antal avvikelser

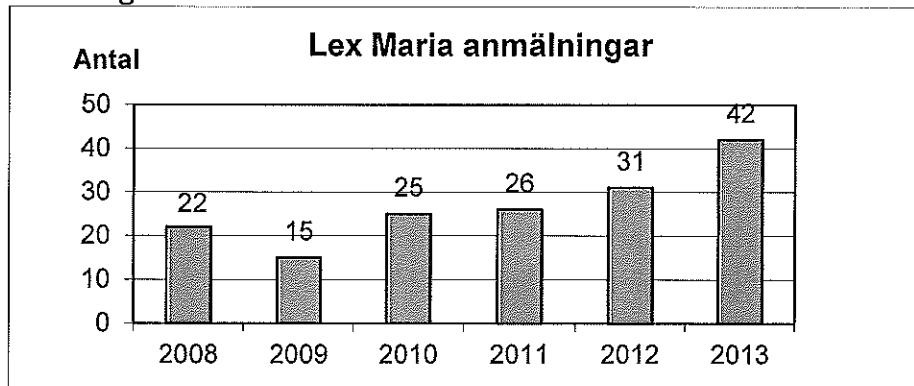


Avvikelser	2013				Summa(År händelse)
	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ej angivet värde	98	178	192	502	970
Riskvärde 1	1 145	965	782	853	3 745
Riskvärde 2	255	208	166	186	815
Riskvärde 3	27	19	14	6	66
Summa	1 525	1 370	1 154	1 547	5 596

Källa: Regional Cognosrapport "MedControl - Antal avvikelser" (2014-01-22)

NU-sjukvården har haft som mål att medarbetarna ska skriva minst en avvikelse var under året. År 2012 skrevs 1,26 avvikelse/nettoårsarbetare och 2013 var motsvarande siffra 1,0. Under 2013 var antalet årsarbetare fler än föregående år.

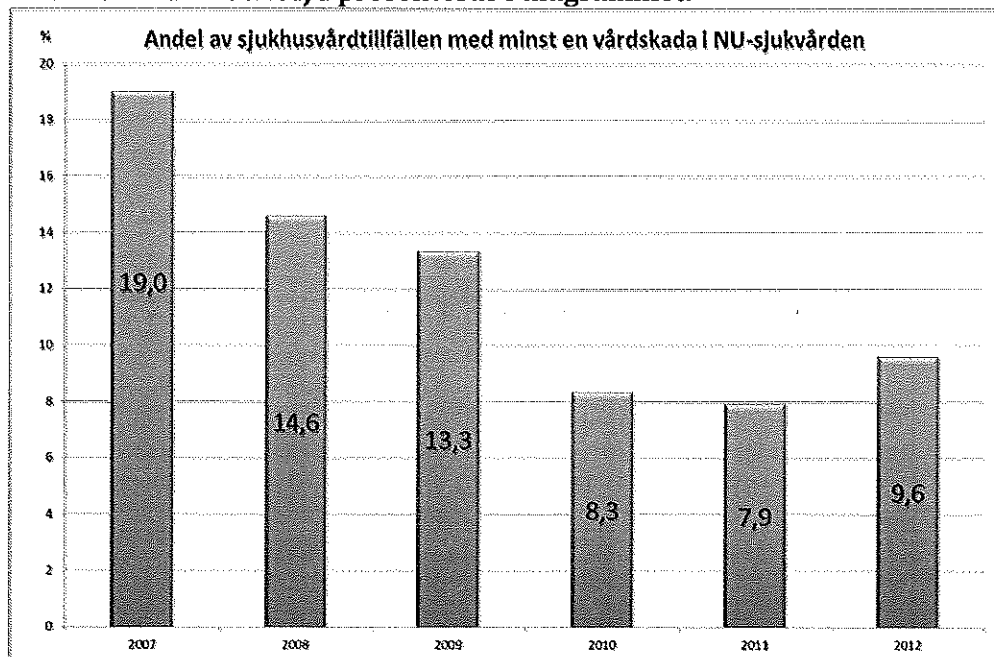
Diagrammet visar en sammanställning över antalet anmälda ärenden enligt Lex Maria 2008 till 2013.



Antalet Lex Maria anmälningar har ökat under åren. NU-sjukvården tolkar det ökande antalet som ett uttryck för en ökande öppenhet och intresse för det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

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 2013 har antalet journaler som granskats ökat från 20 till 30 sjukhusövergripande.

Utfallet för GTT och MJG presenteras i diagrammet.



Andelen av sjukhusvårdstillfällen med minst en vårdskada 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-mät-

ningar). Infektionerna ingår som en delkomponent i mätningarna ovan. Sjukhusövergripande markörbaserade journalgranskningar har fortsatt under 2013. Data för 2013 presenteras i april 2014 då metoden medför tre månaders eftersläpning av utfallet.

Diagrammet visar resultat för år 2012 indelat i antal skador per skadetyp av det totala antalet skador.

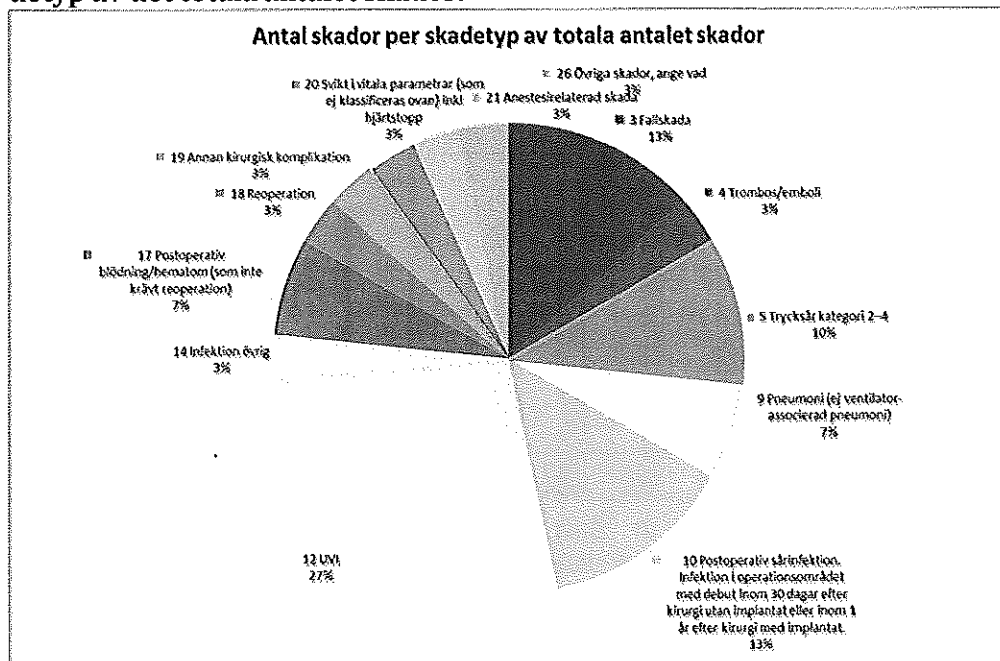
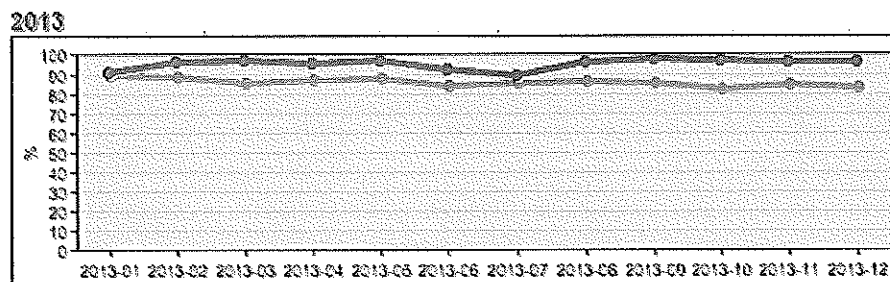


Diagram som visar följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

Den gröna linjen visar följsamhet till basala hygienrutiner och den röda linjen till klädregler

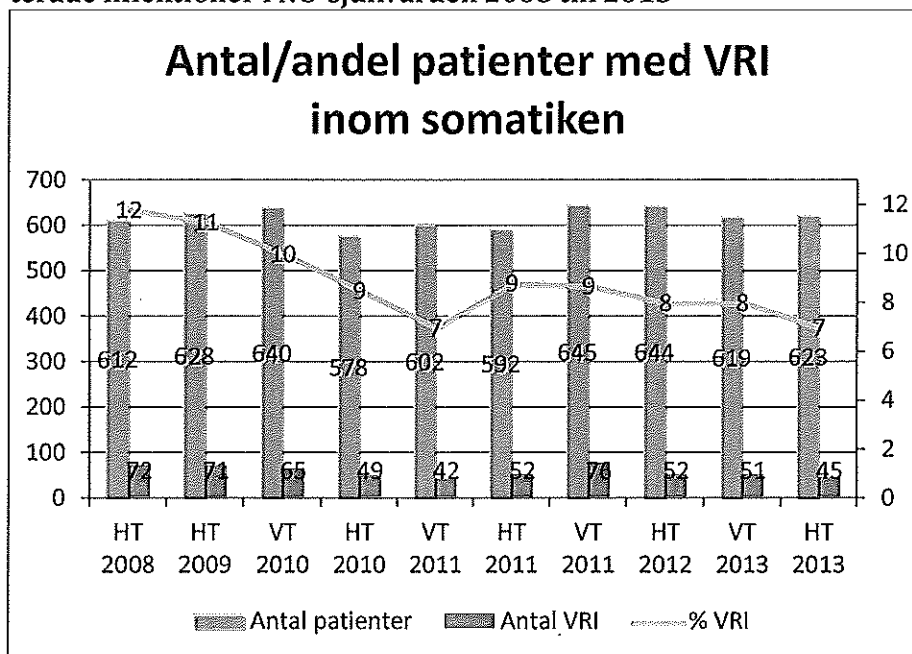


Källa: Webbasert rapporteringssystem för NU-sjukvården

I december 2013 var följsamheten till basala hygienrutiner 84 procent och till klädregler 96 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.

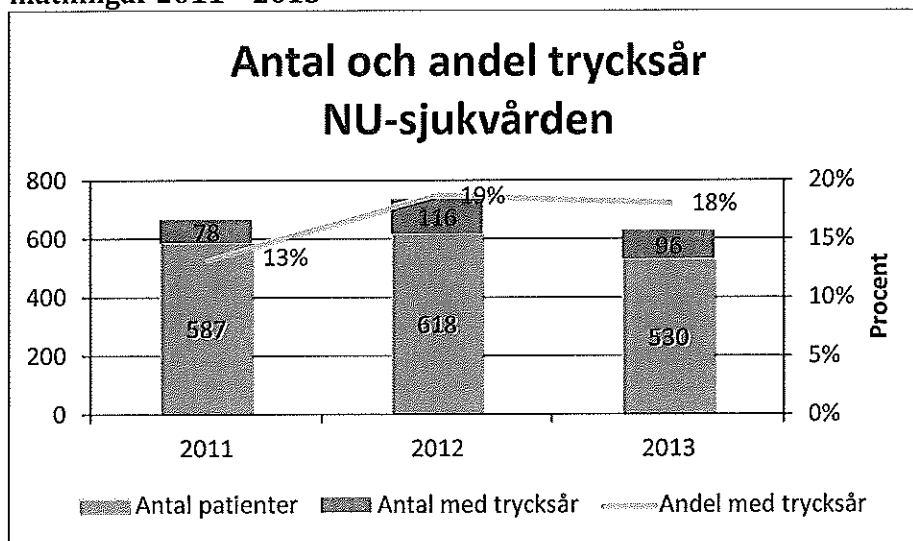
Diagrammet visar utfall vid punktprevalensmätningar av vårdrelaterade infektioner i NU-sjukvården 2008 till 2013



Andelen VRI sjönk under åren 2008 till 2011, men därefter planat ut. Mätmetoden har ifrågasatts då den visar utfallet under en dag. Ett, över tid, bättre sätt att registrera VRI kommer att ske under 2014 när infektionsverktyget finns på plats. Implementering av infektionsverktyget beräknas vara klar våren 2014.

För tredje året i rad har det våren 2013 genomförts punktprevalensmätning av förekomst av trycksår.

Diagrammet visar andel patienter med trycksår vid punktprevalensmätningar 2011 - 2013



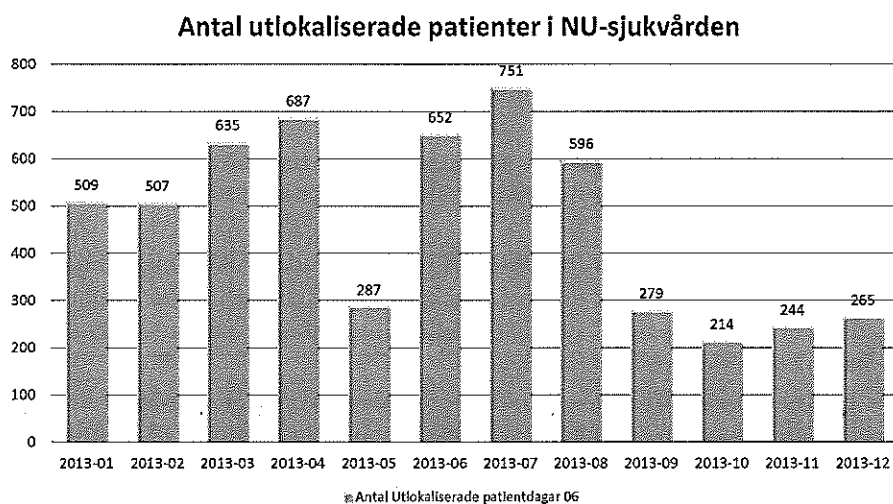
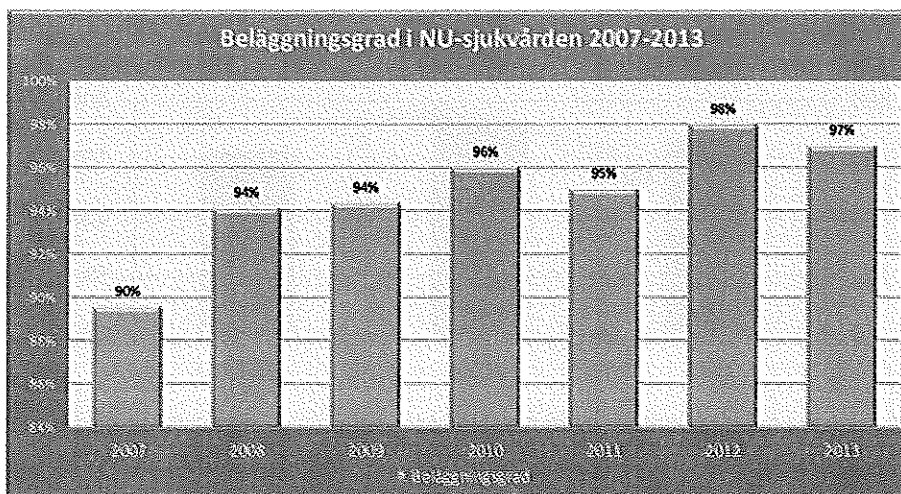
Sedan 2012 har standardvårdplan breddinförts, sårombud har utbildats och medarbetarna har genomgått utbildning i hudbedömning. Riskbedömning ingår i standardvårdplanen och genomförs mer systematiskt än föregående år. Punktprevalensmätningen visar att andelen trycksår är lite lägre jämfört med mätningen år 2012. En förklaring till att förbättringen inte är större kan vara att flera avdelningar med lägre prevalens av trycksår inte längre ingår i mätningen.

År 2013 deltog 530 patienter och av dessa hade 96 patienter trycksår grad 1-4. Merparten (73 procent) var av grad 1, vilket innebär hel hud med kvarstående rodnad.

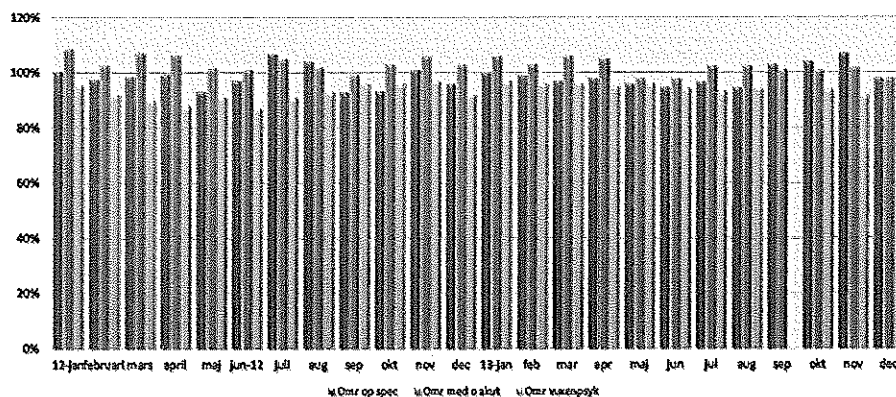
I de andra kategorierna var resultatet 28 procent grad 2 vilket innebär delhudsskada, "avskavd" hud eller blåsa. 15 procent grad 3 vilket innebär fullhudsskada utan sårkavitet och 7 procent grad 4 vilket innebär fullhudsskada med sårkavitet och/eller vävnadsnekros.

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 minst 20 procent hade trycksår dokumenterat inom 24 timmar.

Resultat avseende överbeläggningar.



Medelbeläggning kl 07:00 i NU-sjukvården 2012 - 2013 nedan utvalda verksamhetsområden



Beläggningsgraden ligger fortfarande högt i NU-sjukvården. Medelvärde under året är 97 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 och intäkter för patienter utanför karenstiden är i stort sett oförändrat jämfört med 2012.

Övergripande mål och strategier för kommande år

Under 2014 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 kommer att anpassas till den nya situationen.

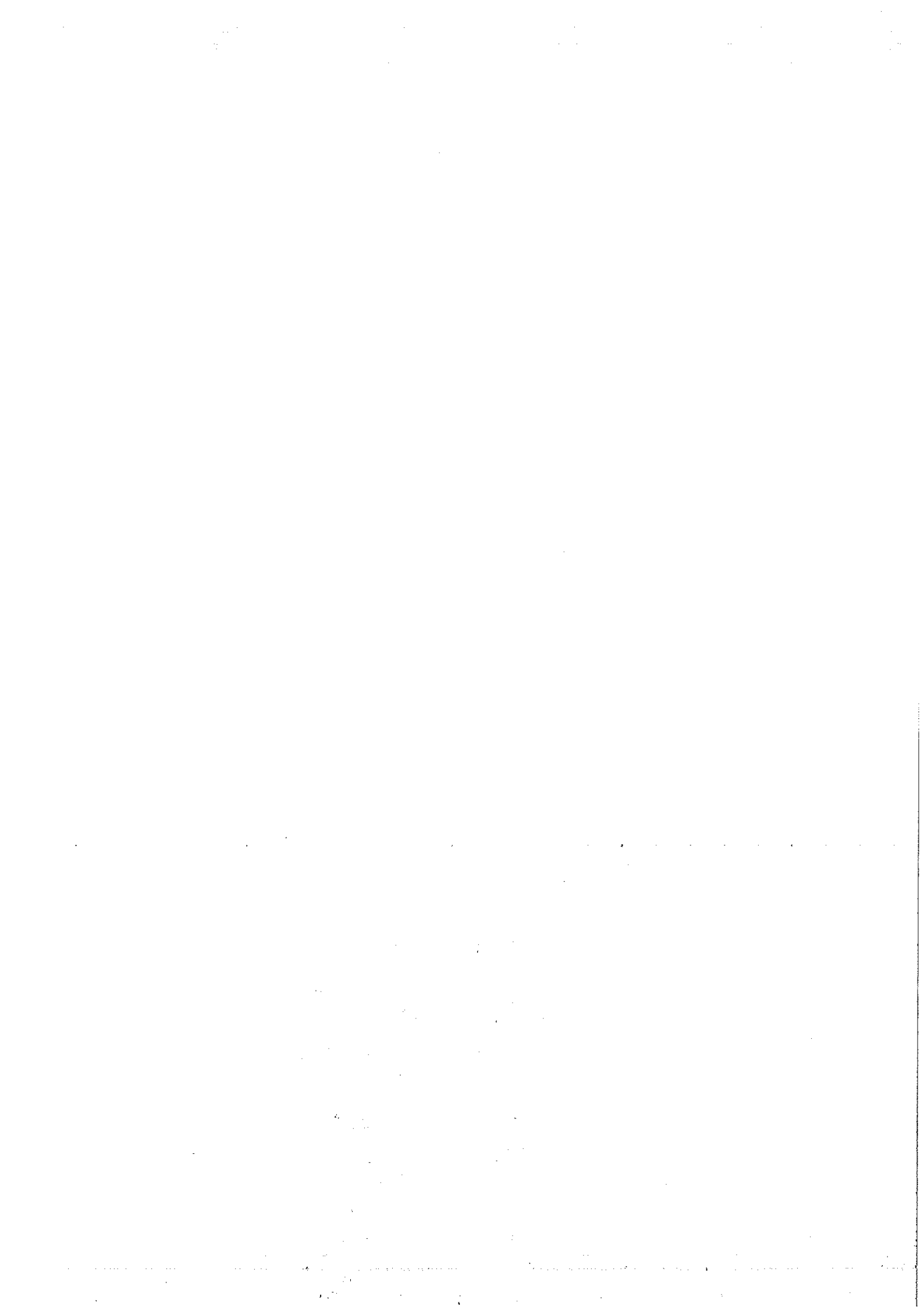
För att förbättra kvaliteten för framförallt de äldre patienterna utvecklas den samverkande sjukvården i Fyrbodalsområdet. Aktiv hälsostyrning är ett arbete för att stödja patienter med stora vårdbehov. Ett övergripande mål för NU-sjukvården är att minska antalet återinläggningar avseende äldre, multisjuka patienter.

NU-sjukvården arbetar med flera sjukhusövergripande processer i syfte att förbättra vårdkvalitet, patientflöden och ekonomi. 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 som nu etableras alltmer i verksamheterna.

En framgångsfaktor för att bedriva säker vård är att utveckla säkerhetskulturen. NU-sjukvården har tagit fram en handlingsplan som kommer att följas upp via patientsäkerhetsdialoger med verksamheterna.

Ett övergripande problem i NU-sjukvården är överbeläggningar. I styrkortet för 2014 fokuseras på aktiviteter för att minska beläggningsgraden, såsom minskat inflöde genom samverkande sjukvård, korta medelvärdtider, minska återinläggningar och färre utskrivningsklara patienter.

En annan strategiskt viktig fråga ur patientsäkerhetssynpunkt är att behålla och förstärka den medicinska kompetensen.



Tjänsteutlåtande
Datum 2014-01-21
Diarienummer NU 2-2013

NU-sjukvården/ledningskansliet
Handläggare: Mattias Hagelberg
Telefon: 010-435 66 70
E-post: mattias.hagelberg@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

Uppföljning av säkerhetsarbetet i NU-sjukvården under 2013

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. NU-sjukvårdens redovisning av säkerhetsarbete, säkerhetsläge och krishanteringsförmåga avseende 2013 överlämnas till regionstyrelsen.

Ärendet

Organisation av säkerhetsarbetet i NU-sjukvården

Patientsäkerhet

Chefläkaren ansvarar tillsammans med utvecklingsledare för medicinsk kvalitet, patientsäkerhet, vårdhygien och medicinska ansvarsfrågor.

Katastrofmedicinsk kommitté

Ansvar för katastrofmedicinska krisberedskapen i NU-sjukvården.

Säkerhetsenhet

Inom NU-sjukvården finns en säkerhetsenhet med ansvar för systematiskt brandskyddsarbete, personsäkerhet, fysisk säkerhet samt samordning av funktionen ”tjänsteman i beredskap”. Informationssäkerheten hanteras av enheten för Informationssystem (IS)

Lokal tjänsteman i beredskap (NU-TiB)

NU-TiB ska fungera som stöd och samordnare för verksamheterna och ska larmas i samband med alla typer av incidenter, allvarliga händelser eller vid hot och risk för sådana. Som exempel kan anges stora olyckor eller katastrofer, brand, störningar och avbrott i försörjningssystem som elkraft, vatten, värme och kyla, störningar eller avbrott i telefoni och IT. Vid allvarlig händelse har NU-TiB mandat att enskilt eller i samråd med bakjour kirurgi utlösa adekvat beredskapsgrad enligt katastrofmedicinsk plan för NU-sjukvården.

Psykosocial katastrofledning (PKL)

PKL ska utifrån behov, under och efter allvarlig händelse ansvara för att organisera och genomföra ett psykosocialt omhändertagande av drabbade, närstående, oskadade samt sjukvårds- och insatspersonal. PKL utbildar och övar resurspersoner för denna uppgift. PKL ansvarar också för upprättande av *upplysningstjänst* för allmänheten och drabbade vid allvarlig händelse.

I övrigt hänvisas till säkerhetsarbetet i bilaga 1.

Eva Arrdal
Tf sjukhusdirektör

Ann-Sofie Rundberg
Stabschef

Skickas till
Regionstyrelsen

Regionkansliet/Säkerhet
Jan S Svensson

2013-10-31

Dnr: RS 1393-2013

Ledningskansliet för NU-sjukvården
Ankom

2013 -11- 08

Till
Västra Götalandsregionens
nämnder, styrelser och bolag

2.10.2013

Handläggare:
Säkerhet- o
beredskap (411) ✓
Kopia:
Sjukvården
Socialstyrelsen (AE)

Anvisning för hur säkerhetsarbete, säkerhetsläge och krishanteringsförmåga avseende 2013 ska redovisas till Regionstyrelsen

Ärendet

Regionfullmäktige beslutade den 22 april 2008 att nämnder, styrelser och bolag årligen ska redovisa säkerhetsläge och säkerhetsarbete till regionstyrelsen¹. Nämnder, styrelser och bolag har lämnat svar till Regionstyrelsen på frågor kring säkerhetsarbete och säkerhetsläge till Regionstyrelsen sedan 2008. Regionkansliet har sammanställt och analyserat tidigare års svar i särskilda rapporter som redovisats till Regionstyrelsen. Aktuella rapporter, från 2008, finns på Västra Götalandsregionens intranät under rubriken Krisberedskap och säkerhet.

Nytt för 2013 års redovisning är att frågorna ska besvaras i en särskilt utformad webbenkät som utgår från tidigare års frågeformulär, styr- och måltal samt säkerhetsfrågor under rubriken Viktiga säkerhetsfrågor i Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2013-2016, fastställd av Regionfullmäktige den 14 maj 2013, dnr RS 572-2011.

Som tidigare år gäller att Socialstyrelsen och MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) ställer krav på att landsting ska bedriva ett säkert och inte minst patientsäkert arbete² samt att det finns en god krishanteringsförmåga³. Frågor kring hur vi uppfyller aktuella krav finns i aktuell webbenkäten och svaren kommer att utgöra underlag för redovisning till Socialstyrelsen, Länsstyrelsen, MSB och i den årliga rapporten till Regionstyrelsen.

Säkerhetsredovisning för 2013

2013 års säkerhetsarbete, säkerhetsläge, risker och krishanteringsförmåga ska redovisas genom att besvara en webbenkät som Regionkansliet skickar ut via mail **senast den 9 december 2013** till förvaltningschef eller till säkerhetschef/motsvarande eller till tidigare varit uppgiftslämnare eller till av förvaltningschef utsedd kontaktperson.

Förslag på personlig mottagare av webbenkät för respektive förvaltning eller verksamhet framgår av bilaga 1. Ändring av personlig mottagare enl. bilaga 1 ska meddelas **senast den 3 december 2013** till jan.s.svensson@vgregion.se eller per telefon 0708-630 642.

Webbenkät ska vara **besvarad senast den 19 februari 2014** och svar behandlas som inkommen handling till Regionstyrelsen och diarieförs på dnr RS 1393-2103.

¹ Dnr RSK 636-2006, Säkerhetsarbete i Västra Götalandsregionen

² Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:14 om informationshantering och journalföring hälso- och sjukvården och Patientdatalagen SFS 2008:355.

³ MSB:s (Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps) föreskrifter om kommuners och landstings risk- och sårbarhetsanalyser, MSBFS 2010:6, beslut den 28 september 2010.

Ökad samordning i säkerhetsarbetet mellan ex vis regionens bolag, mellan folkhögskolor och i nätverk mellan olika förvaltningar kan resultera i ett säkerhetsarbete över förvaltningsgränser som kan vara både kostnadseffektivt, ändamålsenligt och innebära en effektivitetsförbättring. I bilaga 2 finns diskussionsunderlag med samverkanskluster vad gäller säkerhetsfrågor.

Frågorna i webbenkäten återfinns i bilaga 3 och är indelade i 8 områden.

1. Inledande frågor
2. Allmänna frågor
3. Krishanteringsförmåga vad gäller RSA m.m.
4. Krishanteringsförmåga vad gäller ledning och samverkan
5. Regionövergripande och gemensamma risker
6. Personsäkerhet
7. Informationssäkerhet
8. Hälso- och sjukvård – ska endast besvaras av verksamheter inom hälso- och sjukvård

Frågor kring denna anvisning, webbenkät m.m. kan ställas till säkerhetsdirektör Valter Lindström valter.lindstrom@vgregion.se eller till säkerhetsstrateg Jan S Svensson jan.s.svensson@vgregion.se

Exp. för Regionstyrelsen

Elisabet Ericson
Kanslichef

- Bilaga 1** Förslag på personlig mottagare av webbenkät per förvaltning/verksamhet.
Bilaga 2 Diskussionsunderlag – samverkan i säkerhetskluster.
Bilaga 3 För kännedom, webbenkäten som skickas ut senast den 9 december 2013 till mottagare i bilaga 1 om inget annat meddelats.

Kopia till:

Bengt Säterskog
Valter Lindström
Förvaltningschefer
Bolagschefer

Jan S Svensson - denna anvisning för kännedom till säkerhetschefer/motsvarande enligt bilaga 1

Redovisning av 2013 års säkerhetsarbete till Regionstyrelsen, dnr RS 1393-2013

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 Regional strategi för säkerhetsarbetet i Västra Götalandsregionens verksamheter 2013-2016 fastställd av Regionfullmäktige den 14 maj 2013, dnr RS 572-2011.

Förvaltningschef, säkerhetschef/motsvarande eller av förvaltningschef utsedd kontaktperson ansvarar för att svar och bedömningar i frågeformuläret ger en rättvisande bild av förvaltningens säkerhetsarbete och säkerhetsläge under 2013.

Se vidare utskickad "Anvisning till nämnder, styrelser och bolagsstyrelser för hur säkerhetsarbete och säkerhetsläge och krishanteringsförmåga avseende 2013 ska redovisas till Regionstyrelsen", daterad 2013-10-31.

Del 1 - Inledning

1. Ange förvaltning, bolag eller verksamhet

NU-sjukvården inkl styrelsen

2. Ansvarig tjänsteman för denna rapport/enkät är

Mattias Hagelberg

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

11-20 personer

4. Svar i denna rapport/enkät har tagits fram

Nej, inte i samråd med andra förvaltningar

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

Ja

6. Svar i denna rapport/enkät kommer att redovisas till nämnd, styrelse eller bolagsstyrelse

Ja

Har redovisat ja enligt tidigare fråga

Del 2 Allmänna frågor

2013 år sammanställning av svar från förvaltningar och bolag 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. Motsvarar tidigare rött/dåligt.
2 = Vi är inte riktigt nära att nå målen. En hel del arbete återstår. Motsvarar tidigare orange/varning.
3. = Vi är på gång att nå våra mål. Vi är på rätt väg. Motsvarar tidigare gult/ok.
4. = Vi bedömer att vi nå våra mål. Motsvarar tidigare ljusgrönt/bra.
5. = Vi överträffar våra mål. Våra resultat är utmärkta. Motsvarar tidigare mörkgrönt/utmärkt.

7. Mål 1 - Avvikelser i förvaltningens verksamheter hanteras på ett systematiskt sätt

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

8. Mål 1 - Arbetet med att säkerhetsklassificera lokaler har påbörjats

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

9. Mål 2 - Ledningen har regelbunden genomgång av säkerhetsfrågor

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

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

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

11. Mål 3 - Det finns behov av administrativa säkerhetstjänster som ex vis hantering av tjänstekort, larm, avtal, passagesystem, vakthållning och kameraövervakning

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

12. Mål 4 - Det finns behov av följande säkerhetstjänster

- Hantering av tjänstekort
 Hantering av larm
 Administration av passagesystem
 Hjälpt med vakthållning (ex vis ordningsvakter)
 Hantering av kameraövervakning
 Hjälpt med avtal och avtalsbevakning säkerhetstjänster
 Annat

Beror på samordningsvinster och ekonomisk påverkan

13. Mål 5 - Handlingsplan för säkerhetsarbetet finns och är fastställd av nämnd, styrelse eller bolagsstyrelse

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

14. Mål 5 - Kontinuitetsplan eller kris- och beredskapsplan finns och är fastställd av nämnd, styrelse eller bolagsstyrelse

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

15. Mål 6 - Anställda i förvaltningen får utbildning i personsäkerhet

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

16. Mål 7 - De viktigaste processerna och informationsmängderna är identifierade

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

17. Mål 7 - Förvaltningens skyddsvärda information har klassificerats

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

18. Mål 7 - Skyddsvärd information lagras och kommuniceras internt och extern (via ex vis e-post) på ett säkert och tillfredsställande sätt

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

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

1 2 3 4 5
Stämmer inte alls Stämmer helt

Del 3 A Krishanteringsförmåga

20. Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2013 i syfte att förbättra krishanteringsförmågan?

Nej

Ja och antalet RSA vs krishanteringsförmåga som har genomförts är

Riskanalys av medieförsörjning NÄL genomfördes under våren 2013

21. Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under 2013 i syfte att förbättra informationssäkerheten?

X Nej

22. Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2013 som påverkat krishanteringsförmågan?

X Ja och exempel på åtgärder är

- Katastrofmedicinska utbildningar i syfte att öka personalens kompetens.
- 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.
- Samverkansövningar med Högskolan Väst i form av 3ns övningar med deltagare från räddningstjänst, polis, ambulanssjukvård och enheten för säkerhet och beredskap.
- CBRNE-nätverk i Fyrbodal och i NU-sjukvården, som utvecklar och förbättrar arbetet inom området farliga ämnen.
- Regional temadag i smittskydd/B-händelser
- Deltagande i samrådsgrupp för sjöräddning i SAR-område Skagerack där sjöräddningsenheter och landbaserade blåljusorganisationer samverkar och övar. SAR = Search and Rescue.
- Krisledningsövning/seminarium oktober 2013 genomfördes av PKMC med stöd av MSB. Målet var att öka och stärka samverkan mellan olika myndigheter i krisstödsarbetet.
- Medverkande från NU-sjukvården var PKL, Säkerhet och beredskap och informatör.
- Ökad krishanteringsförmåga mellan PKMC och sjukhusområdena vid exempelvis vädervarningar och vårdplatsbrist via gemensamma telefonkonferenser.
- Funktionen NU-TiB har en central roll i krishanteringsförmågan.
- Scenariöövningar och stabsövningar har genomförts med alla medarbetare i TiB-funktionen.

23. Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2013 som påverkat informationssäkerheten?

X Ja och exempel på åtgärder är

- SIHTS-kort inloggning till vissa system, KIV och KLARA
- Översyn av behörighetshanteringen i journalsystemet Melior.
- Loggningsgranskning utförs i verksamheten

- Genomgång av Informationssäkerhet för sjuksköterskestudenter.
- Användare måste identifiera med tjänstekort i samband med lösenordsbyte
- Nya regionala rutiner för behörighetsbeställning

24. Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under 2013 som påverkat säkerheten i övrigt?

X Nej

Del 3 B Krishanteringsförmåga

Bedömning av förvaltningens eller verksamhetens krishanteringsförmåga ska göras enligt följande 4-gradiga skala.

- 1 = Det finns ingen eller mycket bristfällig förmåga
 2 = Det finns en viss förmåga med den är bristfällig
 3 = Förmågan är i huvudsak god men har vissa brister
 4 = Förmågan är god

25. STRATEGISK LEDNING

Förvaltningen har handlingsplaner för systematiskt säkerhetsarbete och tydliga roller och tydligt ansvar för säkerhetsarbetet

1 2 3 4
 Stämmer inte alls Stämmer helt

26. SAMVERKAN MED ANDRA AKTÖRER

Förvaltningen samverkar med andra förvaltningar, kommuner, polis, räddningstjänst m.fl

1 2 3 4
 Stämmer inte alls Stämmer helt

27. EXTERN INFORMATION / KOMMUNIKATION

Förvaltningen samverkar i externa nätverk och med andra landsting

1 2 3 4
 Stämmer inte alls Stämmer helt

28. INTERN INFORMATION / KOMMUNIKATION

Förvaltningen samverkar i interna nätverk och med andra aktörer inom VGR

1 2 3 4
 Stämmer inte alls Stämmer helt

29. OPERATIV LEDNING

Förvaltningen genomför övningar inom området kris- och katastrofledning

1 2 3 4
 Stämmer inte alls Stämmer helt

Del 4 - Regionövergripande och gemensamma risker

30. Regionövergripande och regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser inom VGR

X Följande behöver hanteras

Tydliggöra närhälsans samordnings- och ledningsansvar mot sjukhusen vid inträffad allvarlig händelse. Samma krav gäller för offentlig och privat verksamhet.

31. Ny styrmodell och förvaltningsmodell (pm3) för IS/IT har bidragit till ökad effektivisering och tydlighet inom säkerhetsområdet vad gäller roller och ansvar

1 2 3 4
Stämmer inte alls X Stämmer helt

Del 5 Personsäkerhet

32. Befintliga personsäkerhetsutbildningar (regional eller lokala utbildningar) är ett bra stöd i arbetet med personsäkerhet

1 2 3 4
Stämmer inte alls X Stämmer helt

33. Andel av personalen som har fått någon form av säkerhetsutbildning

- Ca 0-9 % av personalen har fått utbildning
- Ca 10-19 % av personalen har fått utbildning
- Ca 20-29 % av personalen har fått utbildning
- Ca 30-39 % av personalen har fått utbildning
- Ca 40-49 % av personalen har fått utbildning
- Ca 50-59 % av personalen har fått utbildning
- Ca 60-69 % av personalen har fått utbildning
- Ca 70-79 % av personalen har fått utbildning
- Ca 80-89 % av personalen har fått utbildning
- Ca 90-99 % av personalen har fått utbildning
- 100 % av personalen har fått utbildning

Del 6 - Informationssäkerhet

Informationssäkerhet handlar om samverkan mellan teknisk och administrativ säkerhet.

Teknisk säkerhet består av fysisk säkerhet och IT-säkerhet och omfattar krav på tekniska skyddsåtgärder för information och omfattar bland annat brandskydd, redundans i datahallar och databaser, viruskydd, krypteringsfunktion och övervakning kommunikation.

Administrativ säkerhet omfattar bland annat regelverk, rutiner, omfattning av övervakning och kontroll samt revision och uppföljning.

34. Säkerhetsarbetet i VGR styrs av ett regelverk som består av policy, strategi, riktlinjer, mål, anvisningar, instruktioner och beskrivningar. Detta regelverk behöver utvecklas.

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

35. Ange exempel på hjälp/stöd som skulle underlätta det egna/lokala säkerhetsarbetet och som borde a) utvecklas, b) förtydligas eller c) avvecklas.

a) Följande behöver utvecklas

Utbildning behövs till nyanställd och redan anställd personal

b) Följande behöver förtydligas

Utbildningsmaterial/manualer behöver göras mer tillgängligt på intranätet.

c) Följande kan avvecklas

Inget behöver utvecklas, förtydligas eller avvecklas

Frågan är inte relevant för min förvaltning

36. Regler, råd och anvisningar för hur säkerhetsarbetet ska bedrivas är komplexa och omfattande och behöver förenklas.

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

37. Mål 7 - arbetet med informationssäkerhet är att säkerställa att information finns tillgänglig när den behövs, att den är korrekt, att obehöriga inte har tillgång till den (konfidentialitet) och att den kan spåras. Innebörd och konsekvenser av dessa mål är kända för all personal.

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

38. IT-säkerheten har förbättrats under 2013.

Nej, IT-säkerheten har inte förbättrats

Ja, IT-säkerheten har förbättrats bland annat genom följande åtgärder

Säkrare lösenordsbyte på VGR IT

VGR IT ansvarar för den tekniska säkerheten.

39. Personalen behöver utbildning i informationssäkerhet

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

40. Informationssäkerhet och olika utbildningsområden. Ange viktiga och mindre viktiga områden. 6 står för viktigaste område/områden och 1 står för minst viktigt område/områden.

	1	2	3	4	5	6
Policy, riktlinjer och anvisningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rutiner och instruktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Övervakning och kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Revision och uppföljning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundläggande om säkerhetskultur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Grundläggande om administrativ säkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundläggande om fysisk säkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IT-säkerhet och hur vi kommunicera information på ett säkert sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IT-säkerhet och hur vi skyddar informationen på ett säkert sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
Grundläggande om IT-säkerhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X

41. Den regionala säkerhetsstrategin för perioden 2013-2016 är ett stöd i arbetet med säkerhetsfrågor.

1 2 3 4

Stämmer inte alls X Stämmer helt

42. Övriga synpunkter och kommentarer på säkerhetsarbetet och säkerhetsläget 2013.

X Kommenter säkerhetsarbetet

Förvaltningen har i dagsläget svårt att se vilka arbetsuppgifter som ska utföras lokalt på förvaltningen resp. regionalt.

 Kommenterat säkerhetsläget

Inga synpunkter eller kommentarer

Del 7 - Hälsa- och sjukvård

OBS! Följande frågor är obligatoriska att besvara endast för verksamheter inom hälso- och sjukvård.

Enligt SOSFS 2008:14 ska återrapportering till vårdgivaren (dvs till nämnder och styrelser) omfatta granskningar och skyddsåtgärder av större betydelse och riskanalyser samt förbättringsåtgärder som vidtagits.

43. Verksamhet inom hälso- och sjukvård

Ja, min verksamhet är inom hälso och sjukvård

Nej, min verksamhet är inte inom hälso- och sjukvård och frågor inom hälso- och sjukvård är inte tillämpliga

44. Det finns god följsamhet kring regler för spär av vårdokumentation.

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

45. Det finns god följsamhet kring regler och hantering av behörigheter

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

46. Det finns problem att kommunicera skyddsvärd information på ett säkert sätt

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

47. Om vårdskador - dvs undvikbara skador

- Antal vårdskador har minskat
- Antal tillfällen när "vårdskada kunnat inträffa" har minskat
- Antal vårdskador har ökat
- Antal tillfällen när "vårdskada kunna inträffa" har öka

48. Granskningar, skyddsåtgärder av större betydelse, riskanalyser och förbättringsåtgärder som har vidtagits men inte redovisats tidigare.

- Inget ytterligare att redovisa
- Ex på ytterligare granskningar är

- Ex på ytterligare skyddsåtgärder är

- Ex på ytterligare riskanalyser är

Riskanalyser har genomförts systematiskt vid större verksamhetsförändringar

- Ex på ytterligare förbättringsåtgärder är

49. Arbete har påbörjats att identifiera rutiner som kan effektiviseras och/eller automatiseras i perspektiven övervakning, styrning, ledning, beslutsstöd, kontroll och analys i syfte att öka IT-säkerheten och tryggheten för patienter och personal.

1 2 3 4
Stämmer inte alls Stämmer helt

