

Handlingar

till mötet med
styrelsen för NU-sjukvården

23 mars 2012

Ärende 5

Ärende 5



Ledningskansliet för NU-sjukvården
Bodil Järnerot
Diarienummer NU

Tjänsteutlåtande
Datum 2012-03-07

Styrelsen för NU-sjukvården

Riktlinjer för användning av mobiltelefon och dator med eget bredband samt regler för fotografering/filmning och ljudupptagning inom NU-sjukvården

Ärendet

Nuvarande riktlinjer från 2008 för användning av mobiltelefoner och fotografering i NU-sjukvårdens lokaler behöver uppdateras, bland annat utifrån användning och teknikutveckling.

Beredning

En arbetsgrupp bestående av informatör, enhetschef för medicinsk teknik, IT-strateg, säkerhetsansvarig m fl har tagit fram förslag till nya riktlinjer för användning av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband samt regler för fotografering/filmning och ljudupptagning inom NU-sjukvården.

Förslaget innebär att

- användning av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband inom NU-sjukvården tillåts, med undantag för specifika förbudszoner, under förutsättning att säkerhetsavstånd, sekretess, integritet och övrig etisk hänsyn beaktas.
- telefon ska vara avstängd i definierade förbudszoner. Dessa zoner ska vara markerade med särskild skyltning.
- verksamhetschef ansvarar för lokala riktlinjer. Ansvarig chef har efter riskanalys möjlighet att ytterligare avgränsa användningen av mobiltelefoner/datorer med eget mobilt bredband i NU-sjukvården utöver de definierade förbudszonerna.
- NU-sjukvården har ett generellt förbud mot fotografering/filmning. Särskilt tillstånd kan ges av chef för verksamheten. För fotografering i allmänna ytor kontaktas informatör. Vid ljudupptagning ska de medverkande informeras om att så sker och de bör vara överens om villkoren.

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Beslutsunderlag för:

- användning av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband
- regler för fotografering/filmning/ljudupptagning inom NU-sjukvården

Bakgrund

Mobiltelefoner finns i praktiken i var mans hand. Statistik från Post- och telestyrelsen visar att 97 procent av befolkningen har mobiltelefon.

Dagens mobiltelefonisystem innebär snabbare informationsöverföring till mobiltelefoner än tidigare. Systemet ger inte bara möjlighet till traditionell telefonianvändning, utan också till att skicka och ta emot ljudinspelning, stillbilder, rörliga bilder, grafik, kommunikation via Internet och andra mer avancerade tjänster.

Gällande beslut om användning av mobiltelefon i NU-sjukvårdens lokaler fattades 2008-01-11. Sedan dess har, precis som beskrivs ovan, användningen av mobiltelefoni ökat och breddats markant. Så har, även om patienttelefoner fortfarande erbjuds mot en mindre kostnad och personalen har bärbara jourtelefoner, även skett inom hälso- och sjukvård.

Det visar sig också att allmänheten och anställda inte efterlever förbudsskyltar mot användning av mobiltelefon som idag finns uppsatta inom sjukhusbyggnader. Det uppstår härutöver förvirring då Västra Götalandsregionens sjukhus har olika regler. Det finns därmed flera anledningar att aktualisera och ompröva beslut om användning av såväl mobiltelefon som dator med eget mobilt bredband inom NU-sjukvården.

Teknisk omvärldsanalys

Utifrån dagens kunskap anser Socialstyrelsen med stöd från Strålskyddsmyndigheten inte att det är befogat att generellt minska exponeringen för radiofrekventa fält från basstationer för mobiltelefoni, trådlösa nätverk och liknande sändare eftersom exponeringen redan ligger långt under de nivåer som krävs för att kunna ge kända hälsoeffekter.

Socialstyrelsen har tidigare rekommenderat att mobiltelefoner inte ska användas i närheten av elektromedicinsk utrustning. I myndighetens utredning från 2003 framgår att riskzonen kan variera beroende på effekt, frekvens och typ av utrustning. En ständig utveckling av mobiltelefoni och övrig radiokommunikation innebär att effekterna för sändande/mottagande enhet har minskat betydligt sedan senaste utredningen gjordes nationellt.

NU-sjukvården genomförde i december 2011 en nationell kartläggning bland landets medicintekniska chefer över vilka landsting eller enskilda sjukhus som tillåter mobiltelefoni och tele/datakommunikation i trådlöst nätverk inom sjukhusbyggnader. Av de 50 landsting/sjukhus som svarade hade samtliga delat in sjukhusens verksamheter i zoner, där det är tillåtet att använda mobiltelefon, och med förbud inom vissa zoner. Där det är tillåtet praktiseras säkerhetsavståndet tre meter (se nedan).

Risikanalyt

Vårdgivaren har ansvar för att riskanalyser genomförs och att de baseras på de medicintekniska produkternas egenskaper enligt EMC (Electro Magnetic Compatibility). Det innebär att användning av mobiltelefoni och annan datorutrustning i trådlöst nätverk har olika risk beroende på verksamhetens karaktär och dess användning av medicinsk teknik.

Rekommenderade säkerhetsavstånd till patient som är ansluten till medicintekniska produkter eller direkt till den patientanslutna produkten är:

- Minst 3 meter för mobiltelefon/dator ansluten till mobiltelefonnät (max effekt 1-2 W)
- Minst 1,5 meter för dator med el-anslutning som är ansluten till lokalt trådlöst nätverk
- Minst 1 meter för dator med batteridrift som är ansluten till lokalt trådlöst nätverk
- Minst 1 meter för bärbar telefon ansluten till lokalt trådlöst nätverk (till exempel DECT, max effekt 250 mW)

Utrustning med radiosändare med högre uteffekt än 2W är olämpliga att användas inom sjukhuset.

Om en dator behöver elnätanslutas i patientens närmiljö (inom 1,5 meter) måste den anslutas via en isolationstransformator.

Sekretess och etiska krav

Vid sidan av de medicintekniska aspekterna måste hänsyn också tas till sekretess och etiska krav. Ytterst har verksamhetschefen ansvaret för att verksamheten inte störs av mobiltelefonsamtal vid vårdtillfälle/patientkontakt, av såväl patient, anhöriga som av personal. Mobiltelefon ska vara avstängd när situationen i vårdmiljön så kräver. Verksamhetschefen har även ett ansvar för att sekretessregler uppfylls vid användning av mobiltelefoni och/eller dator i vårdmiljö.

Det föreligger även ett personligt ansvar att vid användning av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband beakta sekretess, och integritet och att i övrigt ta hänsyn till den vårdmiljö eller övrig verksamhet inom NU-sjukvården som kan påverkas ur etisk synvinkel.

Fotografering/filmning

Sveriges kommuner och landsting har klargjort att det är lagligt för landsting att förbjuda fotografering och filmning i sjukhus – även i de lokaler som är öppna för allmänheten. Enligt offentlighets- och sekretesslagen råder generellt förbud att fotografera i vårdlokaler som inte är att betrakta som allmän plats. Västra Götalandsregionens grundregel är följdriktigt att fotografering/filmning inte är tillåtet i hälso- och sjukvårdens lokaler. Särskilt tillstånd kan dock ges i undantagsfall.

Ljudupptagning

Av Västra Götalandsregionens regionala instruktion för fotografering och filmning i vården framgår att ljudupptagning inte är förbjudet, om den som gör inspelningen själv deltar i samtalet. Inspelning kan nekas om samtalet berör även tredje part och kan beröras av sekretess gentemot denne. Om patient önskar spela in ett samtal bör vårdpersonal och patient vara överens om detta.

Konklusion

Den allmänna bakgrundsbilden ger tillsammans med ovanstående risk- och omvärldsanalyser samt beaktande av sekretess och etiska aspekter följande konklusion:

Mobiltelefoner och datorer med eget mobilt bredband kan tillåtas inom merparten av verksamheterna

I NU-sjukvårdens lokaler av allmän karaktär, såsom mottagningar, avdelningar, entré, café/restaurang samt administration är det möjligt att generellt tillåta användningen av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband. Säkerhetsavstånd ska dock gälla inom hela NU-sjukvården i det specifika vårdtillfället eller i en specifik patientmiljö. Vidare måste sekretess, integritet och etiska krav beaktas.

Förbud inom teknikintensiva områden

Med anledning av den teknikintensiva vårdmiljö som råder inom vissa verksamheter, eller omständigheter som gör det svårt att uppnå krav på sekretess och integritet, föreslås fortsatt förbud för all mobiltelefoni och datorutrustning i trådlöst nätverk, där inte särskild riskanalys genomförts inom ett antal zoner i NU-sjukvården. Dessa områden är:

- IVA
- UVA
- HPE
- HIA
- Neonatal
- Röntgens laboratorier och undersökningsrum
- Operationsavdelning
- Förlossningsavdelning
- Akutens undersökningsrum

Förbudsskyltar vid ingång till dessa zoner ska finnas.

Respektive verksamhetschef har ansvaret för sin verksamhet. Särskild riskanalys kan genomföras för att utöver ovan definierade zoner ytterligare avgränsa användningen av mobiltelefoner/datorer med eget mobilt bredband i NU-sjukvården.

Vid driftavbrott av sjukhusets telefonsystem kan mobiltelefoner fungera som reservsystem för telekommunikation. Respektive verksamhetschef kan upprätta reservrutin med användning av mobiltelefonanknytningar som kan ersätta fast/bärbar telefoni vid behov.

Fotografering/filmning/ljudupptagning

För att kunna beakta sekretess, etiska hänsyn och integritet samt även värna personalens arbetsförhållanden får kamera, oavsett som det rör sig om en traditionell utrustning eller som funktion i mobiltelefon/dator endast användas i NU-sjukvården för fotografering/filmning/av person som lämnat sitt samtycke. Det får endast ske i avgränsat utrymme, där det inte kan uppfattas som att annan patient/anhörig/personal omedvetet involveras. Ljudupptagning är inte förbjudet, men det är viktigt att de medverkande är informerade om att så sker.

Utifrån detta underlag föreslås sjukhusdirektören besluta:

- Att tillåta användning av mobiltelefon och dator med eget mobilt bredband inom NU-sjukvården, med undantag för specifika förbudszoner, under förutsättning att säkerhetsavstånd, sekretess, integritet och övrig etisk hänsyn beaktas.
- Att telefon ska vara avstängd i de definierade förbudszonerna. Dessa zoner ska vara markerade med särskild skyltning.
- Att verksamhetscheferna ansvarar för lokala riktlinjer. Ansvarig chef har efter riskanalys möjlighet att ytterligare avgränsa användningen av mobiltelefoner/datorer med eget mobilt bredband i NU-sjukvården utöver de definierade förbudszonerna.
- Att NU-sjukvården har ett generellt förbud mot fotografering/filmning. Särskilt tillstånd kan ges av chef för verksamheten. För fotografering i allmänna ytor kontaktas informatör. Vid ljudupptagning ska de medverkande informeras om att så sker och de bör vara överens om villkoren.

För arbetsgruppen Mobil- och fotoregler i NU-sjukvården

Bodil Järnerot

HR och kommunikationsavdelningen

Referenser:

Telefonintervjuer gjorda med berörda verksamhetschefer/avdelningschefer februari 2012

Nationell kartläggning av förbud/zonindelning, Landstingens nätverk för Medicinsk Teknik (LfMT), december 2011

Mobiltelefoni och annan radiokommunikation på sjukhus, Socialstyrelsen 2003

Elektromagnetiska fält från mobilbasstationer och annan trådlös teknik, Socialstyrelsen juni 2008

SS-EN 60601-1:2006 Elektrisk utrustning för medicinskt bruk

SOSFS 2008: 1 Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

IEC/DIS 80001-1, Application of risk management for IT-networks incorporating medical devices

Mobiltelefoni och hälsoeffekter, Svenska Nationalkommittén för Radiovetenskap (SNRV)

Vägledning för bra patientsäkerhet vid användning av patientnära datorer mm, Landstingens nätverk för Medicinsk Teknik (LfMT)

Riktlinjer för informationssäkerhet i Västra Götalandsregionens verksamheter, Dnr: RSK 703-2006

Riktlinjer för personsäkerhet i Västra Götalandsregionen, Dnr: RSK 59-2008

Mobil kommunikation i sjukhusmiljö, Telia oktober 2007

SKL:s riktlinjer över generella förbud mot ljud- och bildupptagningar på sjukhus, december 2011

Regional instruktion för fotografering och filmning i vården: Instruktion för fotografering och filmning i vården, Dnr RS 325-2012

Ärende 6

Ärende 6



Ledningskansliet för NU-sjukvården
Ulf Almqvist
Diarienummer NU 89-2012

MISSIV
Datum 2012-03-12

Styrelsen för NU-sjukvården

Patientsäkerhetsberättelse för NU-sjukvården 2011

Patientsäkerhetsberättelsen beskriver hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i NU-sjukvården under 2011. I rapporten redovisas aktiviteter och åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten på klinikerna, resultat av mätningar av vårdrelaterade infektioner m m.

Det har över tid skett en successiv minskning av antalet vårdrelaterade infektioner, men även andra vårdskador. Medarbetarna skriver allt fler avvikelserapporter och arbetet med patientsäkerhet har breddats i organisationen. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har förbättrats.

Förslag till beslut

Informationen antecknas till protokollet

Ulf Almqvist
Chefläkare



Patientsäkerhetsberättelse för NU-sjukvården

År 2011

Datum och ansvarig för Innehållet

120206 Ulf Almqvist

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Övergripande mål och strategier	5
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	5
Struktur för uppföljning/utvärdering	6
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	6
Uppföljning genom egenkontroll	11
Samverkan för att förebygga vårdskador	14
Risikanalys	15
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	16
Hantering av klagomål och synpunkter	17
Sammanställning och analys	17
Samverkan med patienter och närstående	19
Resultat	19
Övergripande mål och strategier för kommande år	22

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Sammanfattning

Ett reviderat ledningssystem för kvalitets- och patientsäkerhet har under året fastlagts av NU-sjukvårdens styrelse. Systemet är webbaserat och bland annat finns numera också ett ledningssystem för sjukskrivningsprocessen inkluderat. I ledningssystemet finns styrande dokument relaterat till patientsäkerhetsarbete samlat. En handlingsplan för "Säker Vård i NU-sjukvården 2011" har anpassats efter patientsäkerhetslagen. Den tydliggör bland annat ansvarsfördelningen mellan förvaltning, verksamheter och medarbetare.

Under året har NU-sjukvården deltagit i de nationella punktprevalensmätningarna avseende vårdrelaterade infektioner (VRI), följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler och trycksår. NU-sjukvården har också genomfört en patientsäkerhetskulturmätning i maj 2011.

NU-sjukvården registrerar varje månad följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler.

NU-sjukvården har sedan andra halvan av 2007 genomfört sjukhusövergripande GTT-mätningar för att registrera vårdskador. Från hösten 2011 genomförs mätningar även på kirurgkliniken separat.

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

Standardvårdplaner är klara för CVK, fall, trycksår och läkemedelsavstämning med SKL:s åtgärds paket som grund.

Riktlinje för avvikelshantering har tagits fram och beslutats i sjukhusledning.

Under 2011 har ortopedkliniken arbetat med rökstopp inför operation och andra opererande verksamheter planerar att börja.

Områdescheferna rapporterar patientsäkerhetsarbetet vid uppföljningsmöten med sjukhusledningen.

NU-sjukvården arbetar med "Säker Kirurgi", Säker Förlossningsvård och deltar i kvalitetsregistret Senior Alert

Andelen rapporterade avvikelser per årsarbetare har ökat från 0,88 år 2010 till 1,25 år 2011.

NU-sjukvården har patientvägledare på varje klinik som tar emot patienter och närståendes synpunkter och klagomål. Vi samverkar nära med Patientnämnden.

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

”Min guide till säker vård” framtagen av Socialstyrelsen används av verksamheterna för ökad patientmedverkan för en trygg och säker vård.

NU-sjukvården kan över tid konstatera att det skett en successiv minskning av vårdrelaterade infektioner, men även av andra vårdskador. Medarbetarna skriver allt fler avvikelserapporter och arbetet med patientsäkerhet har breddats i organisationen. Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler har, sett över en längre period, klart förbättrats.

Övergripande mål och strategier

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

Ett av NU-sjukvårdens strategiska mål är att vi skapar värde för patienten och en framgångsfaktor är att vi ger god behandling. Med god behandling menas

- att vi arbetar evidensbaserat
- att våra kvalitetsindikatorer visar resultat på hög nationell nivå (över medelvärde)
- att vi har hög patientsäkerhet
- att vi bedriver en jämlik och jämställd vård
- att vi följer nationella och regionala medicinska prioriteringar
- att vi arbetar efter nationella och regionala vårdprogram

En sjukhusövergripande aktivitet är att Handlingsplan för Säker Vård följs i NU-sjukvården.

Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

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

I Handlingsplan för Säker Vård 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 centralt.

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

- 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

Strategier inom verksamheterna

- Dokumentera ansvarsförhållanden avseende patientsäkerhetsarbete
- Utbildningsinsatser för chefer och medarbetare i patientsäkerhet
- Utveckla metoder för patientmedverkan
- Se över patientinformationen
- Uppföljning av avvikelser i verksamheten
- Synpunkter/klagomål via patientvägledare följs upp
- Rapportera patientsäkerhetsarbetet till områdesledningen

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 rap-

portering av avvikelser.

Struktur för uppföljning/utvärdering

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Mätmetoder:

- Avvikelser registreras i MedControl PRO
- GTT
- Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler mäts varje månad
- Vårdplatsläget registreras och följs upp dagligen
- Caliciläget registreras i ett webbaserat system kontinuerligt under säsong. Kommunala boenden rapporterar förekomst av magsjuka
- Punktprevalensmätningar utförs av vårdrelaterade infektioner, trycksår och följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler
- Mätning av patientsäkerhetskulturen har gjorts. En handlingsplan finns upprättad.
- Nationell patientenkät för God Vård genomförs

Verksamheternas patientsäkerhetsarbete följs upp av sjukhusledningen tre gånger per år samt i verksamhetsberättelser (styrkort) på klinik- och sjukhusövergripande nivå. Frågor som går igenom är:

- Hur har patientsäkerhetsarbetet bedrivits?
- Vilka åtgärder har vidtagits?
- Vilka resultat har uppnåtts?

Inom följande områden ska måluppfyllelse och arbetssätt redovisas gällande:

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

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

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Chefläkaren har tillsammans med överläkaren för vårdhygien och bakteriologi besökt läkarmöten i NU-sjukvården och diskuterat hur vi kan förhindra spridning av multiresistenta bakterier. Chefläkaren har också träffat läkargrupper och diskuterat rutiner, utredning och uppföljning av Lex Maria-ärenden.

Område akutverksamheten

Områdessekreterare har anställts som har utbildats i händelseanalys och riskanalys samt har påbörjat 15 HP kurs i ämnet patientsäkerhet. Områdessekreteraren är också utsett till patientvägledare och tillser att uppföljning sker i ärendena. Medarbetarna får ta del av rapporter efter händelseanalyser/avvikelser genom olika mötesstrukturer i verksamheterna. Områdessekreteraren arbetar också som avvikelssamordnare med avvikelssystemet MedControl PRO, och går tillsammans med verksamhetschefen igenom ärenden och kontrollerar att de följs upp. Av dessa blir en del händelseanalyser, samt i de fall chefläkare beslutar så, även Lex Maria-ärenden.

Projektledare är utsedd för att kontrollera att åtgärdsförslagen som framkommit i Lex Maria-ärenden blir genomförda. Projektledaren har gjort ett program som kommer att påbörjas under våren 2012 med möten för medarbetarna, där olika teman som framgår i beslut från Socialstyrelsen efter Lex Maria-ärenden tas upp.

Avdelningscheferna har vid upprepade tillfällen på rapportmöten och arbetsplatsträffar gått igenom vikten av följsamhet till riktlinjer och PM.

Verksamhetens hemsida har omarbetats och där har alla styrande dokument med riktlinjer och PM gått igenom. Varje år görs det dessutom revision av varje dokument. Läsplattor har placerats i de flesta ambulanser för att medarbetarna ska kunna komma åt gällande riktlinjer, PM och behandlingsriktlinjer redan på plats hos patient. I projektet med samverkande sjukvård använder sig Sjukvårdsupplysningen av ambulanspersonalen i de distrikt som ingår i projektet, att åka ut till patienter för bedömningar och vara ögon åt Sjukvårdsrådgivningen.

Högskoleutbildning för både Akutens, Ambulansens och kommunens sjuksköterskor planeras av Akutverksamhetens vårdutvecklare. Den startar i januari 2012 och handlar om "prehospitala bedömningar av äldre med stort vårdbehov". Andra delen kommer att handla om "medicinsk bedömning -- akutsjukvård" med start under våren år 2012.

Flera medarbetare har utbildats i både händelseanalys och riskanalys, dels för att kunna vara behjälpliga vid händelseanalyser och riskanalyser, dels för att sprida information och kunskap till övriga medarbetare.

Område AnOpIVA

Checklistan för säker kirurgi används. Utvärdering av checklistan gjordes hösten 2010 och under 2011 har den reviderade versionen använts. Uppföljning av följsamhet till checklistan har skett via styrkortet på verksamhetsnivå och sker kvartalsvis. Direktrapportering sker till ansvariga vad gäller medicintekniska ärenden, IT-ärenden och förbättringsförslag.

Arbete med följsamhet till hygienrutiner och klädregler för att minska VRI.

Patientsäkerhetsronder/Controllingmöten har införts på IVA.

Område barn och kvinnosjukvård

Inom barnkliniken har flera åtgärder för ökad patientsäkerhet gjorts under år 2011. Ändring i jourtelefonanvändandet, numer en telefon som man ringe dygnet runt från förlossningen. Ständig uppdatering av rutiner; exempel förbättring av läkemedelshantering, översyn av tejpling av sonder då detta gjorts på flera olika sätt tidigare. På prov ökad bemanning pga stor arbetsbelastning sommaren 2011.

Kvinnoklinikens alla barnmorskor och läkare har genomgått en CTG-certifiering där syftet är att öka säkerheten vid CTG-tolkning.

Alla händelseanalyser och avvikelser registrerade i MedControl PRO, avseende patientsäkerhet, tas upp på klinikledningsmöten och APT på alla nivåer för uppföljning och diskussion kring rutinförändringar.

Kvinnokliniken har under året genomfört tre händelseanalyser, där beskrivna åtgärder kommer att följas upp under 2012.

Kliniken har utbildat en person i att utföra händelseanalyser.

Kvinnokliniken har en VRI-grupp som är sammansatt av sjuksköterska, barnmorska och läkare. De har kontinuerlig uppföljning av eventuella vårdskador. De föreslår även åtgärder till förbättring som sedan går till medicinskt ansvarig läkare för eventuell revidering av PM.

Alla patienter med misstänkt VRI anmäls i MedControl PRO och dessa fall tas upp av den lokala VRI-gruppen.

Kliniken har haft 68 st VRI på BB-enheten och 12 st VRI på avd 45 under 2011.

Uppföljning av komplikationer och komplikationsfrekvens efter våra ingrepp görs via Gynekologiska operationsregistret. Vi ger aktivt information till patienter som råkat ut för en vårdkomplikation om möjligheten att göra en anmälan till patientförsäkringen. Arbetar aktivt med avvikelshantering genom uppföljning på klinikledning, APT och läkarmöten.

Förbättringsarbete med PDSA har genomförts avseende signering av läkare i läkemedelsmodulen. Upprepad information har getts till läkarna angående signering och en stor förbättring har skett.

Kliniken har som mål att all personal skall genomgå Alertutbildning och det arbetet har påbörjats under 2011 där en stor del av kvinnoklinikens personal nu är utbildad.

Område diagnostik

På patologkliniken har man gjort djupdykning i behov/problem som varit kända som har resulterat i avvikelser. För att öka patientsäkerheten vid patologkliniken ska det införas 2D koder på proverna samt elektroniska remisser. Patologkliniken kommer även under 2012 söka medel för datorstöd för att öka patientsäkerheten.

Verksamheterna har haft genomgång av patientsäkerhetslagen under 2011 och målet är att förbättra patientsäkerheten vid alla verksamheter inom området.

Område medicin

Under året har patientsäkerhetssamordnare anställts på område medicin. Det har genomförts ett antal händelse- och riskanalyser.

Tillsammans med verksamhetschefer, avdelningschefer och medicinskt ansvariga på respektive sektion har ett arbete påbörjats hur arbetet med avvikelshantering skall hanteras för att patientsäkerheten optimeras.

För att förebygga vårdskador arbetar område medicin aktivt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

Av SKL's åtta åtgärds paket är följande utvalda för att de är särskilt vanliga och allvarliga:

- Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Förebygg läkemedelsrelaterade problem
- Förebygg fall och fallskador i samband med vård

Område opererande specialiteter

För att förebygga vårdskador arbetar område Opererande specialiteter aktivt med följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler.

För att minska patientrisker i samband med kirurgiska ingrepp arbetar området med checklista för säker kirurgi. Checklistan används för att förbättra kommunikationen i operationslaget och bidrar till att alla säkerhetsåtgärder genomförs vid varje operation. Ansvarig för att de olika delarna i checklistan följs är personal på operation.

Område Opererande specialiteter arbetar med följande av SKL's åtgärds paket:

- Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner
- Förebygg infektioner vid centrala venösa infarter
- Förebygg postoperativa sårinfektioner

- Förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar

Under 2012 önskar Kirurgkliniken att införa "Senior Alert". Detta är ett verktyg för att stödja vården med att förebygga följande vårdskador:

- Trycksår
- Undernäring
- Fall och fallskador

Kirurgkliniken har under 2011 medverkat i framtagandet av standardvårdplan för trycksår, vilken ska gälla för hela NU-sjukvården.

Under 2011 har Ortopedkliniken, tillsammans med chefssjuksköterska och rökavvänjningssjuksköterska utarbetat ett program för rökstopp inför planerade ortopedi. Detta dels för att minska vårdrelaterade infektioner i samband med ortopedisk kirurgi, dels som ett led för att verka som ett hälsofrämjande sjukhus. Material finns att tillgå på hemsidor både för personal och för medborgare.

Tre verksamhetschefer inom område Opererande specialiteter har under hösten 2011 genomgått intern utbildning gällande den nya patientsäkerhetslagen samt rollen som uppdragsgivare i händelseanalys.

ÖNH- och Käkkirurgiska kliniken har uppdaterat PM och rutiner inom sekretariatet med syfte att öka säkerheten i de administrativa processerna.

Lokalsjukhuskliniken har under 2011 ökat samverkan med patienter genom att använda "Min guide till säker vård" från Socialstyrelsen. Detta för att öka patienternas medverkan till en trygg och säker vård.

Under 2011 har Kirurgkliniken startat ett postoperativt komplikationsregister. Kirurgkliniken har avsatt resurs för kvalitets- och utvecklingsarbete. Två sjuksköterskor arbetar del av tjänst med kvalitetsregister, komplikationsregister samt risk- och händelseanalysarbete.

GTT-mätningar görs på kirurgkliniken.

Område vuxenpsykiatri

Område vuxenpsykiatri har under året utarbetat ett ledningssystem för patientsäkerhet kopplat till händelsanalyser och händelseanalysåterföring kopplat till självmord samt andra allvarliga händelser. Analysen används i det pedagogiska arbetet inom området och förbättringsförslagen förankras och beslutas i linjen.

Under året har en revidering av områdets självmordpreventionsprogram påbörjats. Detta program beräknas vara klart för införande under våren 2012.

Uppföljning genom egenkontroll

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

Områdescheferna rapporterar patientsäkerhetsarbetet vid uppföljningsmöten med sjukhusledningen.

- *Andel områden som ligger över riksgenomsnittet avseende regionens utvalda kvalitetsindikatorer.*

Uppföljning sker i samband med vårdöverenskommelseprocessen. NU-sjukvården har totalt 32 regionala kvalitetsmål som målrelaterade ersättningar. Av dessa klarade NU-sjukvården att nå upp till 26 mål. Fyra mål som var kopplade till nationella kvalitetsregister uppnåddes inte, men där utfallet var nära. Inom resterande mål finns en förbättringspotential. Utfallet för 2011 visar en förbättrad måluppfyllelse.

- *Patientupplevd kvalitet avseende delaktighet, bemötande och information.*
Patientenkät genomförs årligen. Regionens mål är att patientupplevd kvalitet ska vara 90 (PUK) på nedanstående indikatorer. Analysen av 2011 års resultat i NU-sjukvården visar att slutenvården har något sämre värde för patientupplevd kvalitet (PUK) vad gäller information och delaktighet jämfört med 2010. Bemötande däremot är oförändrat jämfört med 2010. Resultat i öppenvården har förbättrat sig på alla tre indikatorerna delaktighet, bemötande och information i jämförelse med 2010.

Resultatet av den under våren genomförda enkäten är på sjukhusnivå:

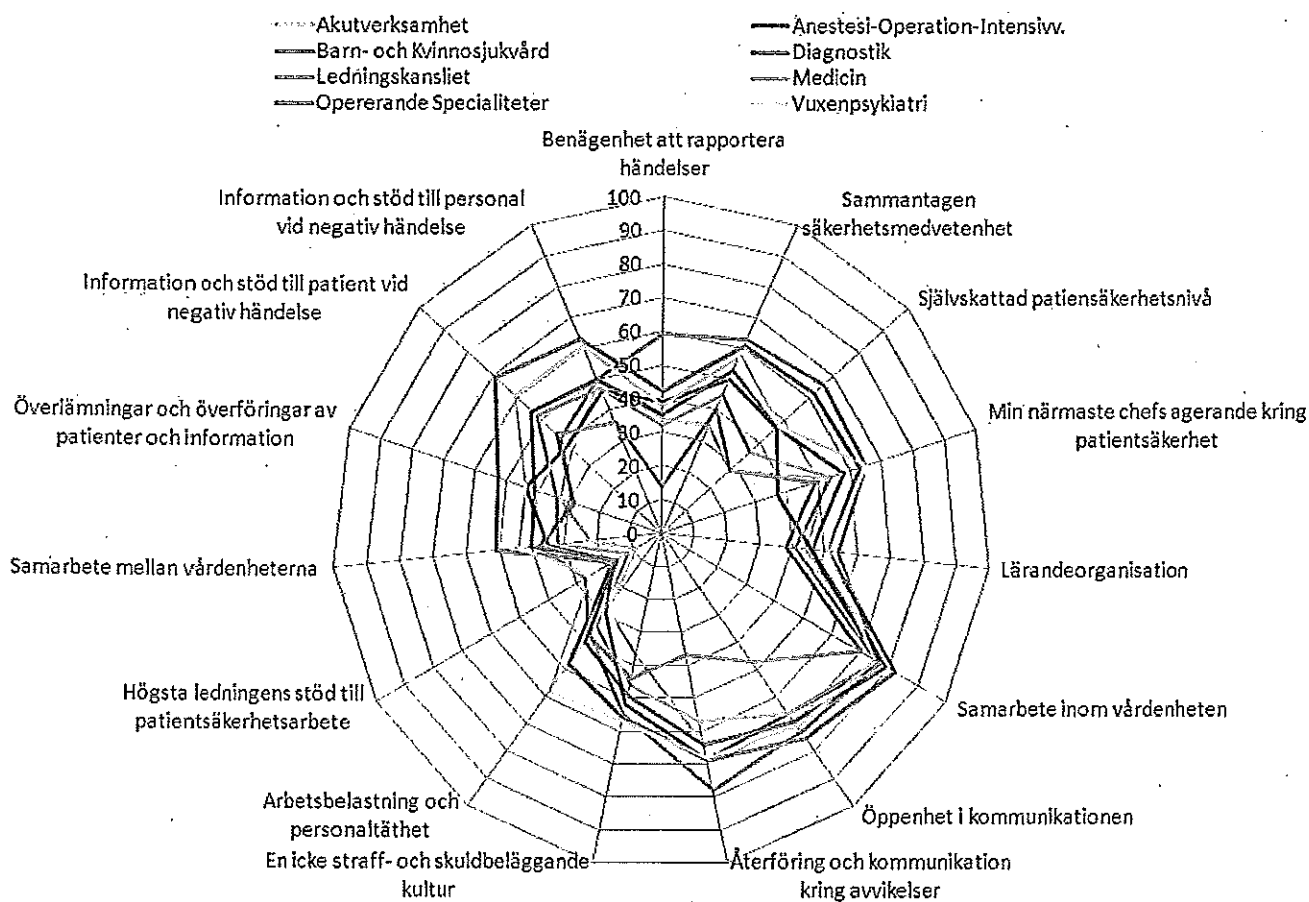
	Slutenvård	Öppenvård
- Delaktighet	PUK 74	PUK 81
- Bemötande	PUK 90	PUK 94
- Information	PUK 76	PUK 84

- *Mätning av vårdskador/komplikationer med GTT*

NU-sjukvården har sedan andra halvan av 2007 genomfört sjukhusövergripande GTT-mätningar. Arbetsgruppen presenterade resultaten för åren 2008-2010 för sjukhusledningen i maj. Utfallet presenteras i tabell på sidan 20.

• *Patientsäkerhetskulturmätning*

Patientsäkerhetskulturmätning gjordes maj 2011 och utfallet på områdesnivå visas nedan. Analys av utfallet har redovisats för sjukhusledningen och en handlingsplan finns. Varje enhet på sjukhuset utför ett eget arbete.



- *Årsredovisning från Patientnämnden 2011, NU-sjukvården*

År	2010				2011			
	Antal	%	Kv	Män	Antal	%	Kv	Män
Vård- och behandlingsfrågor	173	49	89	82	284	54	160	119
Bemötande, kommunikation, info	42	12	30	12	67	16	36	30
Organisation, regler och resurser	128	36	61	64	154	30	76	74
Övrigt	12	3	4	7	17	3	10	7
Totalt	355	100	184	165	522	100	282	230

År 2011 registrerades totalt 522 ärenden mot 355 ärenden år 2010, vilket är en ökning med 167 ärenden (47 procent). Det har skett en ökning av ärenden inom samtliga huvudområden såsom vård- och behandling, bemötande, kommunikation och information samt organisation, regler och resurser. De flesta ärenden som inkommit under vård och behandling rör enligt anmälaren felaktig, försenad eller utebliven behandling samt synpunkter på komplikationer. De ärenden som registrerats under rubriken bemötande handlar till stor del om att patienten inte känner sig lyssnad på. Patienterna uttrycker att det inte finns tid hos vårdpersonalen att ta till sig och lyssna på den information som patienten har. Bland ärenden som rör organisation, regler och resurser finns tillgänglighet, vårdgarantifrågor samt synpunkter på att bli bollad hit och dit mellan enheter och sjukhus.

Fördelningen av ärenden är jämn mellan klinikerna i NU-sjukvården.

En bidragande orsak till ärendeökningen kan vara bestämmelserna i den nya Patientsäkerhetslagen. Patientnämnden har också noterat att NU-sjukvården hänvisar patienter till dem i enlighet med Patientsäkerhetslagen.

- *Revisionsrapporter*

NU-sjukvården beaktar de synpunkter som Socialstyrelsen har vad avser Säker Vård. Vi har även förhållit oss till den vårdplatsutredning som genomfördes under ledning av McKinsey. NU-sjukvården har utökat antalet somatiska vårdplatser med 16 stycken under 2011. Beslut har tagits om att reducera antalet vårdplatser inom psykiatri.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Processarbete som pågår för att förebygga vårdskador:

Aktivitet	Mål
Vårda patient med stroke	Tillämpa nationella riktlinjer
Vårda patient med prostatacancer	Tillämpa regionalt vårdprogram
Vårda patient med brösttumör	Öka tillgängligheten
Vårda patient med sepsis	Öka antalet överlevande
Akutvårdskedjan	Korta ledtider
Vårda äldre patient med multifunktionella sjukdomar	Sammanhållen process för de multisjuka äldre
Omhändertade patienter som är i behov av ben/fotamputation	Minska antalet reamputationer Öka antalet patienter som kan gå med protes
Ingå i RCC-processer (RCC=Regionalt CancerCentrum)	Tillämpa regionala beslut
Strukturerera vårdavdelningar så att höjd effektivitet, kvalitet och arbetsmiljö uppnås	Tillämpa överenskommen vårdlogik

Samverkan sker med primärvården (PV-NU). Bland annat har 70 gemensamma remissrekommendationer fastlagts och finns publicerade på NU-sjukvårdens hemsida.

NU-sjukvården samarbetar med omgivande kommuner i Vårdsamverkan Fyrbodäl. Bland annat hanteras avvikelser och utskrivningsklara patienter.

Kvinnokliniken har gjort en händelseanalys, där en av åtgärderna blev att starta en process tillsammans med medicinklinikens diabetesansvariga för gravida. Processarbetet kommer att starta under 2012.

Kvinnokliniken har haft genomgång med all personal på förlossningen och narkosen avseende handläggning vid akut stor blödning. Samarbete med neonatal vid akut omhändertagande av sjukt barn skall genomföras under 2012.

Intern patientöverföring är vuxenpsykiatriens rutin för att säkra överföring av patienter mellan psykiatriska slutenvården och psykiatriska öppenvården.

Området har väl kända rutiner för samordnad vårplanering när patienter har eller är i behov av insatser från exempelvis kommun och primärvård.

Avvikelser från ovan nämnda rutiner registreras i avvikelshanteringssystemet MedControl PRO.

NU-sjukvården tillsatte inför 2011 två samordnare för Klara-SVPL. En av

dem är organiserade inom område medicin och handlägger de avvikelser vi får från kommunen. Ett antal avvikelser följs upp och ett intensivt arbete pågår med att utbilda sjuksköterskor i Klara-SVPL, så att avvikelserna ska minska.

Området diagnostiks verksamheter samverkar med berörda kliniker för att eliminera vårdskador. Området har deltagit i NU-sjukvårdens arbete kring remissanvisningar och sjukhusfysiker föreläser/utbildar om strålning.

Risikanalys

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

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

En särskild rutin finns framtagna kring arbetet med riskanalyser. Riskbedömningar görs regelbundet för att förebygga fallskador, trycksår samt inför och under operation liksom i samband med förlossning.

Antal utförda riskanalyser

Indikator 3	Periodutfall 2011	Periodutfall 2010
Antal utförda riskanalyser	5	4

Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

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

Avvikelser

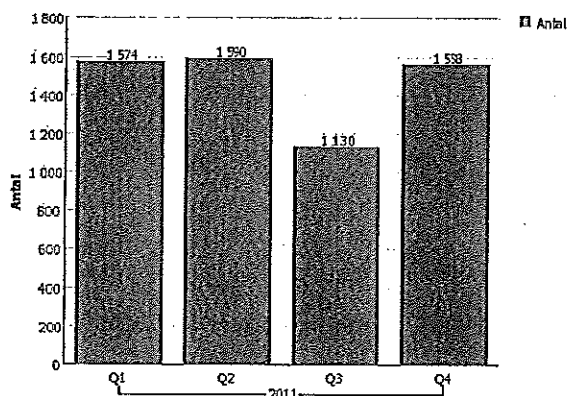
NU-sjukvården har en riktlinje för avvikelshantering som beskriver processen. Alla medarbetare är skyldiga att rapportera händelser och tillbud. Avvikelsen registreras i MedControl PRO. När ärendet är avslutat får den medarbetare som skrivit avvikelsen en återkoppling. Enligt riktlinjen ska avvikelsen sedan rapporteras på olika mötesforum. Det är inte ovanligt att händelseanalyser återrapporteras i seminarieform. Alla Lex Maria-ärenden publiceras på NU-sjukvårdens hemsida, där också en sammanfattning av händelseanalysen läggs ut, liksom Socialstyrelsens beslut. Alla anställda och medborgare kan ta del av utredningen.

Antalet avvikelser har ökat i NU-sjukvården. För 2011 skrevs 1,25 avvikelse per årsarbetare.

I MedControl PRO finns möjlighet att via Cognosrapporter ta ut statistik vilket har underlättat återkoppling till verksamheterna.

MedControl PRO

Antal avvikelser



Avvikelser	2011				Summa(Århändelse)
	Q1	Q2	Q3	Q4	
Ejargivetvårda	153	189	152	423	937
Rakvärde 1	1209	1125	813	965	4112
Rakvärde 2	181	262	145	139	727
Rakvärde 3	16	14	20	26	76
Summa	1574	1590	1130	1558	5852

Hantering av klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter

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

Inom alla områden 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 allvarligare karaktär registreras klagomål i avvikelshanteringssystemet och hanteras enligt denna rutin. Patientvägledarna utreder händelsen och återkopplar till patienten och verksamheten. Patienten informeras om möjligheten att kontakta Patientnämnden. Chefsjuksköterskan 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 ofta ärendena i sjukhusledningen.

Enskilda ärenden till Socialstyrelsen som handlar om klagomål och synpunkter hänvisas ofta till Patientnämnden som hanterar ärendet.

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

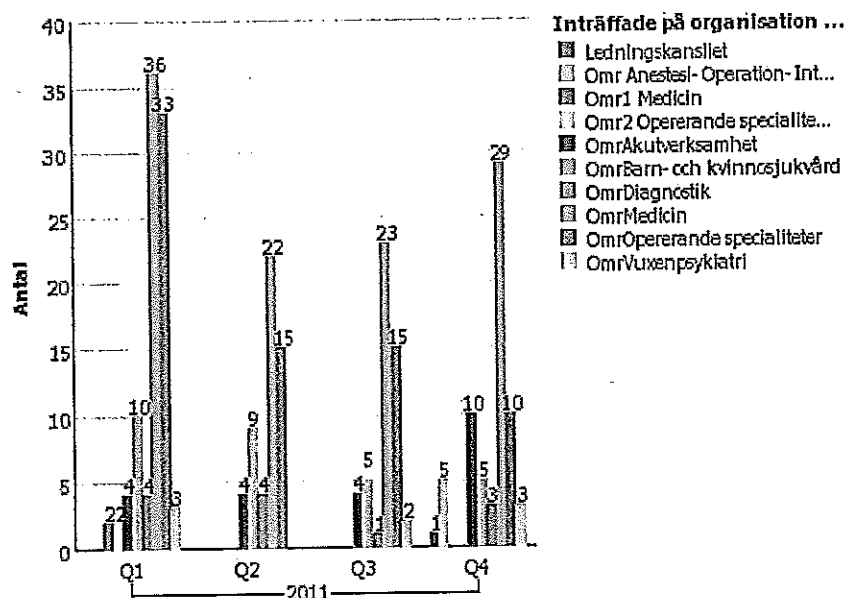
Sammanställning och analys

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §

Sammanställning av statistik för avvikelser görs regelbundet i NU-sjukvården. Utfall presenteras oftast i stapeldiagram, där jämförelse kan göras år för år, men också uppdelat på perioder av år. Dialog förs med chefer, medarbetare, patientvägledare och Patientnämnd angående utfall. I delårsrapporter anges antalet avvikelser för perioden, liksom antalet händelse- och riskanalyser.

MedControl PRO

Antal patientklagomål



Antal Patientklagomål indelat på områdesnivå år 2011

Riskvärde		2011				Summa (Riskvärde)
		Q1	Q2	Q3	Q4	
Ledningskansliet	Ej angivet värde				1	1
	Summa(Område)				1	1
Omr Anestesi- Operation- Intensivvård	Ej angivet värde				1	1
	Riskvärde 1				4	4
	Summa(Område)				5	5
Omr 1 Medicin	Riskvärde 1	1				1
	Riskvärde 2	1				1
	Summa(Område)	2				2
Omr 2 Opererande specialiteter	Ej angivet värde	1				1
	Riskvärde 1	1				1
	Summa(Område)	2				2
Omr Akutverksamhet	Ej angivet värde				6	6
	Riskvärde 1	4	3	3	4	14
	Riskvärde 2		1	1		2
	Summa(Område)	4	4	4	10	22
Omr Barn- och kvinnosjukvård	Ej angivet värde		1	1	3	5
	Riskvärde 1	9	6	3	2	22
	Riskvärde 2	1		1		2
	Summa(Område)	10	9	5	5	29
Omr Diagnostik	Ej angivet värde		1			1
	Riskvärde 1	4	2		3	9
	Riskvärde 2		1	1		2
	Summa(Område)	4	4	1	3	12
Omr Medicin	Ej angivet värde			3	5	8
	Riskvärde 1	33	21	17	23	94
	Riskvärde 2	3	1	3	1	8
	Summa(Område)	36	22	23	29	110
Omr Opererande specialiteter	Ej angivet värde	17	9	10	5	41
	Riskvärde 1	14	4	5	5	28
	Riskvärde 2	2	2			4
	Summa(Område)	33	15	15	10	73
Omr Växerpsykiatri	Ej angivet värde			1	1	2
	Riskvärde 1	2		1	1	4
	Riskvärde 2	1			1	2
	Summa(Område)	3		2	3	8
Summa		94	54	50	66	264

NU-sjukvården uppmanar medarbetarna att skriva avvikelser. Under 2010 skrevs 0,88 avvikelser per årsarbetare och 2011 skrevs 1,25 avvikelse per årsarbetare. Det innebär en ökning med 42 procent. Det är väl känt inom vården att det finns ett stort mörkertal vad gäller rapporterade avvikelser. NU-sjukvården ser därför positivt på utvecklingen.

Samverkan med patienter och närstående

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Vid händelse- och riskanalyser intervjuas patienter och/eller anhöriga för att vården ska få del av deras upplevelse och uppfattning. Man har också möjlighet att lämna förbättringsåtgärder för en säkrare vård. Efter genomförda analyser delges patienterna resultatet.

För att förebygga vårdskador sker samverkan inom delar av NU-sjukvården med patienter genom att använda "Min guide till säker vård" från Socialstyrelsen, vars syfte är att öka patienternas medverkan till en trygg och säker vård.

Post IVA mottagning

Patienter som har vårdats på IVA > 72 timmar erbjuds samtliga återbesök till Post-IVA mottagningen efter 2 samt efter 6 månader.

Efter 12 månader görs ett uppföljande telefonsamtal. Vid dessa återbesök och samtal får patienter och anhöriga möjlighet att fråga om vården, det aktuella insjuknandet samt givetvis ge åsikter om vården på IVA. Patienterna fyller också i ett formulär, SF-36, som är ett självskattningsformulär om fysisk och psykisk hälsa. Detta rapporteras sedan till det nationella kvalitetsregistret SIR.

Anhöriga till patienter som avlidit på IVA kan också erbjudas återbesök till Post-IVA-mottagningen om behov finns.

Neonatalvård

Socialstyrelsens egenvårdsblankett används av hemsjukvårdsteamet för att säkra föräldrarnas kunskap vid behandlingar i hemmet.

Resultat

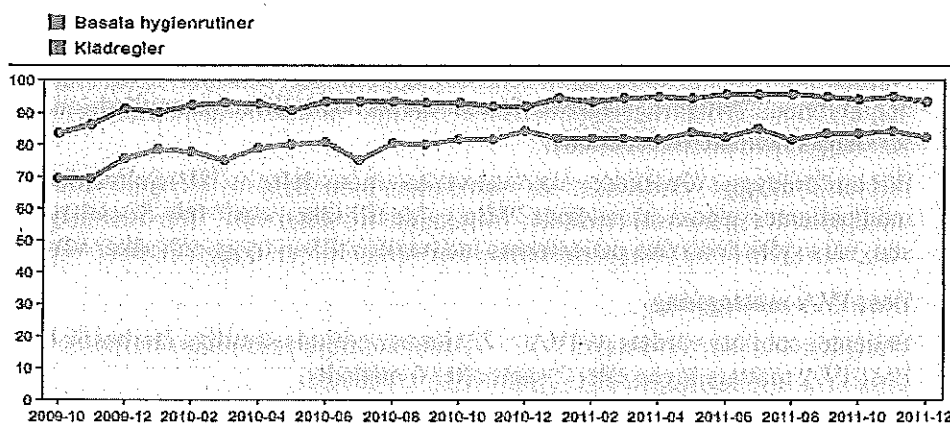
SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 3

Strukturmått

- Utbildning om patientsäkerhet sker av all nyanställd personal.
- Utbildning av egen personal har under år 2011 genomförts i risk- och händelseanalys.
- AT-läkarna har fått utbildning i händelseanalys.
- Läkargrupper har utbildats/informerats om multiresistenta bakterier och antibiotikaval.
- Läkargrupper har informerats om rutiner kring Lex Maria-anmälningar.
- Utbildning av nya chefer i NU-sjukvården om patientsäkerhet.
- Utbildning av NU-sjukvårdens chefer om Patientsäkerhetslagen.
- NU-sjukvården har fastlagt riktlinjer från Vårdhygien för att motverka spridning av vinterkräksjuka och tagit fram ett handlingsprogram på områdes- och verksamhetsnivå.
- Vårdhygien har grundutbildat ett 50-tal Hygienombud

Processmått

Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler framgår av bild nedan. I december var följsamheten till basala hygienrutiner 82 procent och till klädregler 93 procent



NU-sjukvården har sedan andra halvan av 2007 genomfört sjukhusövergripande GTT-mätningar. I maj 2011 presenterades resultaten för åren 2008-2010. Utfallet presenteras i tabell nedan. Från hösten 2011 genomförs mätningar också på kirurgkliniken separat.

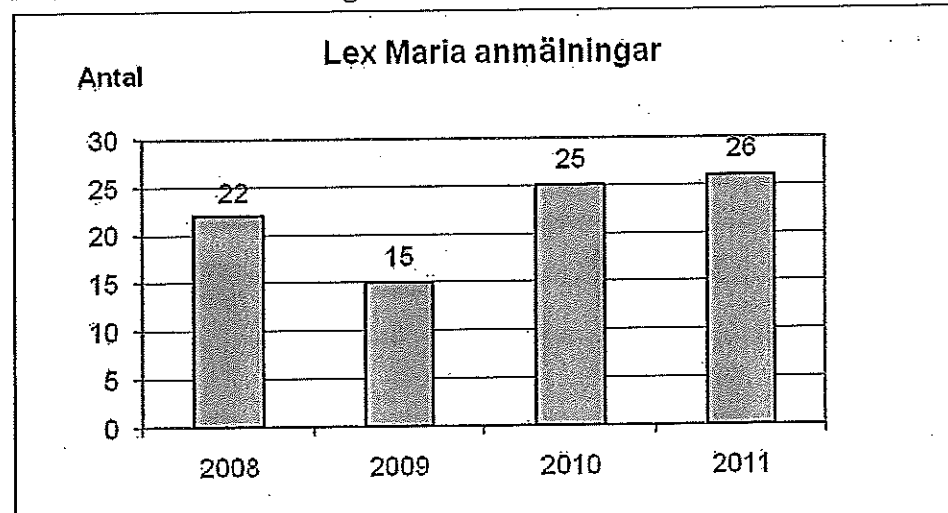
År	Antal granskade journaler	Antal vårdskador/komplikationer	Antal VRI	% vårdskador/komplikationer	VRI %
2008	240	44	19	18,3	7,9
2009	240	35	16	14,6	6,7
2010	240	28	14	11,7	5,8

Sjukhusövergripande GTT-mätningar har fortsatt under 2011 och en preliminär rapport visar ungefär oförändrat utfall för 2011 jämfört med 2010.

Rapporterade avvikelser, risk- och händelseanalyser 2011

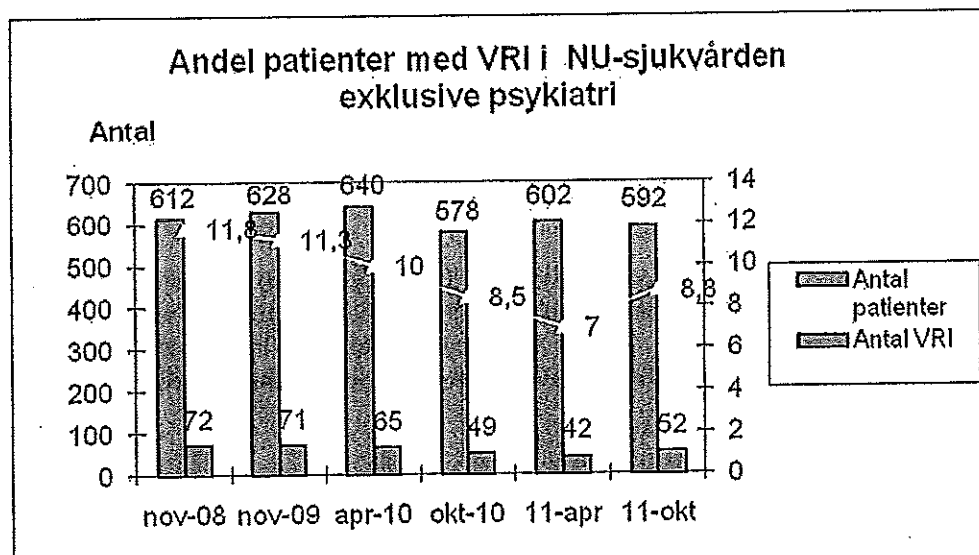
	Utfall 2011	Utfall 2010
Antal registrerade avvikelserrapporter per årsarbetare	1,25	0,88
Antal utförda riskanalyser	9	8
Antal utförda händelseanalyser	26	14
Varav utförda inom psykiatrin	12	4

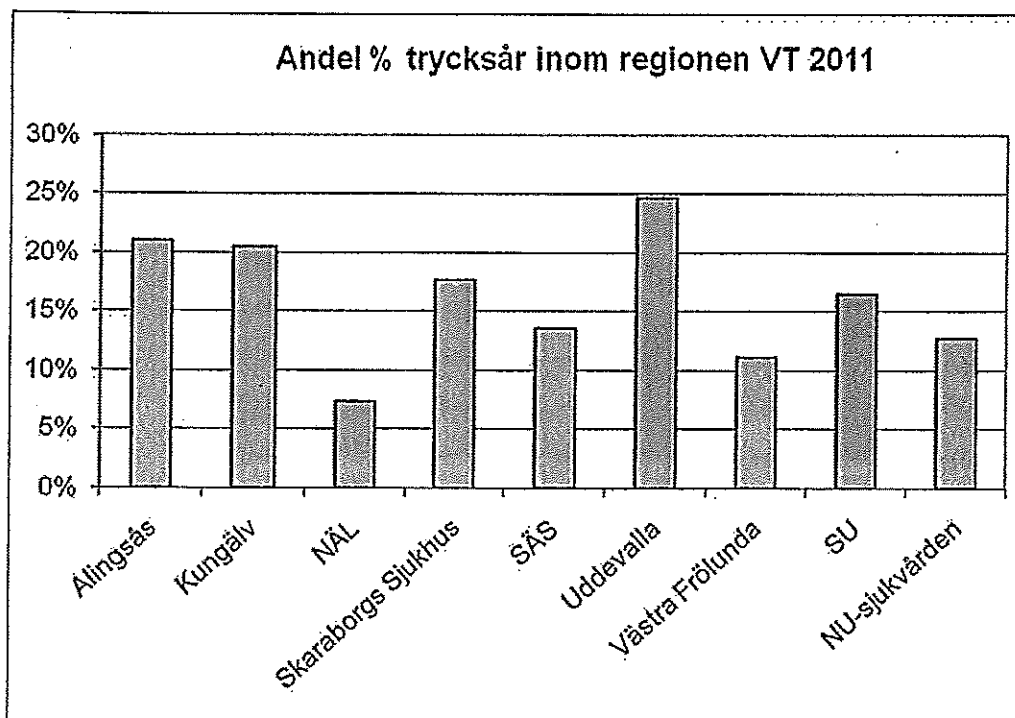
Antal Lex Maria anmälningar



Patientsäkerhetskulturmätning gjordes maj 2011 och utfallet på områdesnivå visas på sidan 12. Analys av utfallet har redovisats för sjukhusledningen och en handlingsplan finns. Varje enhet på sjukhuset utför ett eget arbete.

Resultatmått





Övergripande mål och strategier för kommande år

I den strategiska investeringsberedningen har NU-sjukvården lyft fram stora behov av vårdhygienisk standardhöjning avseende slutenvårdsavdelningarna.

NU-sjukvården har en central funktion för arbetet med patientsäkerhet. Den viktigaste framgångsfaktorn i arbetet för att förbättra patientsäkerheten är att arbetet bedrivs i linjen, ända ut till våra medarbetare. Viktiga områden att arbeta med är att förbättra säkerhetskulturen och implementera evidensbaserade metoder i vården.

Ett annat viktigt område är att belägningsgraden på främst våra somatiska avdelningar minskar.

Ärende 7

Ärende 7



Ledningskansliet för NU-sjukvården

Anne Elfving

Diarienummer NU 224-2011

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-03-12

Styrelsen för NU-sjukvården

Motion om att inrätta ett regionalt barnskyddsteam

Ärendet

Regionkansliet har remitterat en motion från Monica Selin (KD) om att inrätta ett regionalt barnskyddsteam till styrelsen för NU-sjukvården för yttrande.

Beredning

Motionen har remitterats till barn- och ungdomskliniken och barn- och ungdomspsykiatriska kliniken för synpunkter.

Inom barn- och ungdomskliniken finns sedan tidigare ett framgångsrikt samarbete mellan enskilda gynekologer och barnläkare kring flickor som kan ha varit utsatta för sexuella övergrepp. Det har också tagits initiativ till att ytterligare utveckla samarbetet mellan olika specialiteter inom NU-sjukvården.

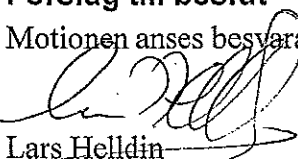
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken är delaktig i samtliga samrådsgrupper som finns inom Fyrbodal för barn som far illa, då det är en verksamhet som behöver specifik kompetens för att både upptäcka och ge adekvat behandling.

Båda klinikerna beskriver att det sedan flera år tillbaka finns ett väl fungerande samarbete med barnhuset i Trollhättan. Barnhuset i Trollhättan svarar även för Vänersborg och Lilla Edets kommuner.

Eftersom NU-sjukvården täcker hela Fyrbodal finns ett starkt önskemål att det finns ett eller högst två barnhus för hela området. För att verksamheten ska kunna hålla en hög kvalitet behöver en samlad kunskap och kompetens finnas. Detta kan bli svårt att upprätthålla om verksamheten byggs upp på flera platser. Här kan Värmland vara förebild, där alla kommuner vänder sig till barnhuset i Karlstad.

Förslag till beslut

Motionen anses besvarad i enlighet med föreliggande tjänsteutlåtande.


Lars Helldin
Sjukhusdirektör



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
REGIONKANSLIET

Handläggare: Gmndet (PL) ✓ Kopia: Sjukvård (LT) ✓ Sektorer (RS) ✓ Kansliet (KE) ✓
--

Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2011-11-14 D nr. 224/10/2011
--

Sida:
1(1)

Avdelning:

Handläggare:

Britt-Marie Gustafsson

Datum:

2011-11-14

Diarienummer:

RS 633-2011

Till
Styrelsen för SU
Styrelsen för NU-sjukvården

Motion av Monica Selin (KD) om att inrätta ett regionalt barnskyddsteam

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

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

Motionssvaret tillsammans med protokollutdraget ska vara regionkansliet tillhanda senast den 31 mars 2012. Ange vårt diarienummer när svaret sänds in.

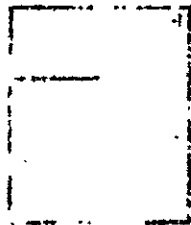
Sänds in via email: britt-marie.gustafsson@vgregion.se eller per post enligt adress nedan.

Önskas ytterligare uppgifter i ärendet kan Ni kontakta undertecknad på tel 0521-27 52 55.

Med vänlig hälsning

Britt-Marie Gustafsson

Britt-Marie Gustafsson
Kanslisekreterare



Dnr RS 633-2011



Kristdemokraterna

Motion till Regionfullmäktige

Inrätta ett regionalt barnskyddsteam

Allt fler fall av barnmisshandel och sexuella övergrepp anmäls till polisen. De senaste sex åren har antalet polisanmälda fall av barnmisshandel ökat från 3 900 till 5 500 i hela landet. När det handlar om sexuella övergrepp är utvecklingen ungefär densamma. I många andra länder är så kallade – child protection team, cpt, självklara vid varje barnsjukhus. I Sverige har vi än så länge bara två – under uppbyggnad. Vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm påbörjade man under 2010 uppbyggnaden av landets första barnskyddsteam och även i Uppsala län håller man på att inrätta ett sådant som skall kopplas till Akademiska barnsjukhuset. I båda länen ska teamen arbeta konsultativt för att underlätta och höja kvaliteten på medicinska utredningar i respektive område.

Det är oerhört viktigt att barn som misshandlats får rätt diagnos och utredning. Idag förekommer det att barn som misshandlats hamnar på vuxenakuten eftersom det inte finns barnakuter överallt. Därför behövs det ett team som har kompetens inom barnmedicin och som kan bidra med en helhetssyn på utsatta barn. Ett sådant team kan både avlasta och ge rådgivning åt vårdpersonalen i medicinska utredningar.

När det gäller små barn kan det vara svårt att upptäcka vissa skador och barnen är själva för små för att berätta. Eftersom det är viktigt att handla snabbt och gå systematiskt tillväga behövs särskild medicinsk kompetens (exempelvis tillgång till barnröntgenspecialist och barnhematolog) för att utreda och kunna utesluta andra möjliga orsaker än våld till uppkomna skador.

Teamen ska fungera som rådgivare vid anmälningar och utredningar, men kommer även att arbeta förebyggande. I uppdraget ingår också att utbilda barnläkare för att höja kompetensen på området. I teamen ska förutom barnmedicinare även psykologer från BUP ingå. Dessutom arbetar de med att stärka samarbetet med länens Barnhus som utreder misstänkta vålds- och sexualbrott med personal från socialtjänst och polis.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås Regionfullmäktige besluta

att ge Regionstyrelsen i uppdrag att med inspiration från barnskyddsteamet Mio i Stockholm samt Uppsalas barnskyddsteam arbeta fram ett förslag på liknande modell för Västra Götalandsregionen.

Vänersborg 2011-10-10


Monica Selin (KD)

Ärende 8

Ärende 8

Anmälan av delegationsbeslut, styrelsens sammanträde 2012-03-23

Ärende i delegationsordningen

Beslut i korthet och beslutsdatum

Delegat

Dnr

Vårdavtal i övrigt.	Samarbetsavtal mellan ambulanssjukvården i Värmland och Västra Götalandsregionen, 2012-01-18	Sjukhusdirektör	25:20/2012
Vårdavtal i övrigt	Avtal med Westambulans AB om övertagande av ambulansverksamheten i Henån, Kungshamn, Hallinden och Lysekil, 2012-01-20	Sjukhusdirektör	25:31/2012
Vårdavtal i övrigt	Tjänsteköpsöverenskommelse/samverkansöverenskommelse med Folk tandvården Fyrbodal, 2012-01-10	Tf sjukhusdirektör	25:60/2012
Vårdavtal i övrigt	Avtal om IVP A-larm vid Räddningstjänsten i Åmåls kommun	Sjukhusdirektör	25:140/2012
Träffa/underteckna och säga upp avtal med bemanningsföretag	Direktupphandling bemanningsläkare Pridoc AB avseende läkarkonsulter ögon, 2012-01-25	Sjukhusdirektör	27:10/2012
Träffa/underteckna och säga upp avtal med bemanningsföretag	Direktupphandling bemanningsläkare Doc-Connect Nordic AB avseende läkarkonsulter lungmedicin, 2012-01-26	Sjukhusdirektör	27:20/2012
Träffa/underteckna och säga upp avtal med bemanningsföretag	Avtal upphandlad ortopedkirurgi läkarkonsulter Rent A Doctor, 2012-01-29	Sjukhusdirektör	27:40/2012
Träffa/underteckna och säga upp avtal med bemanningsföretag	Ramavtal Transmedica A/S, ortoped traumaverksamhet NÄL, 2012-01-31	Sjukhusdirektör	27:30/2012
Bisysslor	Sammanställning av godkända och förbjudna bisysslor inom område medicin, 2012-02-02	Respektive delegat inom området	1:10/2012
Bisysslor	Sammanställning av godkända och förbjudna bisysslor inom område medicin, 2012-02-28	Respektive delegat inom området	1:11/2012
Träffa avtal om lokalyrkor med annan fastighetsägare än Västfastigheter	Hyresavtal med Eidar om lägenhet för akutverksamheten NÄL	Sjukhusdirektör	24:90/2012

Ärende 9

Ärende 9

Anmälningssärenden

Inkomna skrivelser

Revisionsenheten – uppföljande granskning avseende inköpsprocessen
2012-01-18

Revisionsenheten – granskning av vårdkedjan för psykiskt funktionshindrade,
2012-03-06

Regionkansliet – ny ordning för regionstyrelsens möten, TU 2012-02-06

Regionkansliet, HSA/VG Primärvårdskontoret, förvaltningsremiss 2012-02-07,
Komplettering/justering av Krav- och kvalitetsboken för VG Primärvård inför
2013

Skrivelse från anhörig angående avdelning 45, 2012-02-17

Skrivelse från personalen på kvinnokliniken om sammanslagning av
avdelningarna 45 och 61, 2012-02-27

Utgående skrivelser

Svar på skrivelse från Kommittén för Dalslands sjukhus om frågor med
anledning av VÖK 2012, 2012-03-02

Synpunkter på Komplettering krav- och kvalitetsboken 2013 för VG Primärvård
inför 2013, skrivelse 2012-03-09

Regionstyrelsen

Kompetensförsörjning – Läkarförsörjning inom Habilitering och hälsa och
omfattning av ST-läkare inom psykiatri i Västra Götaland, beslut 2012-01-24,
§ 24

Förslag till fördelning av investeringsutrymme 2012 avseende strategiska
utrustningsinvesteringar, beslut 2012-01-24, § 15

Regionfullmäktige

Uppdatering av policy för fordringar och inkasso i Västra Götalandsregionen,
beslut 2012-02-07, § 10

Investeringsmedel enligt den kompletterande investeringsmodellen för införande
av servicepaket och materialförsörjning vid regionens sjukhus, beslut
2012-02-07, § 12

Taxor för intyg, hälsoundersökningar, vaccinpriser m m, beslut 2012-02-07, § 8

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra
Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalandsregionen, beslut
2012-02-07, § 9

**Hälso- och sjukvårdsnämnderna i norra Bohuslän, Trestad och
Dalsland**

Överenskommelse med styrelsen för NU-sjukvården om sjukvård 2012, beslut
hälso- och sjukvårdsnämnden i Trestad 2012-12-15, § 86, respektive Dalsland
2012-12-16, § 88

