

**Landstingets kansli**

Landstingsdirektören

## Årsrapport för 2012 – Värnamo sjukvårdsområde

### 1. Sammanfattning

I Dagens Medicins undersökning (16 januari 2013) om bästa svenska sjukhus 2012 rankas Värnamo sjukhus som det fjärde bästa av 36 sjukhus i kategorin mellanstort akutsjukhus med förlossning. Parametrarna som ingår är medicinsk kvalitet, vårdgaranti, vårdrelaterade infektioner med hygienregler samt patientenkäter. Detta och allt nedan har fantastiska medarbetare åstadkommit!

Tillgängligheten till vården på Värnamo sjukhus har varit god under året. Det gäller nybesök, operation/behandling och även återbesök. Andelen som fick vänta mer än 60 d på operation blev större under sommaren. Antalet remisser har ökat, liksom antalet läkarbesök (+ 3,4 procent). Nya undersökningar/behandlingsfall för sömnapné (öron) och förändringar i gula fläcken (ögon) startades tidigt under året och efterfrågan ökar. Antalet operationer har ökat med 150 (+ 5,4 procent) i slutenvård och 384 (+ 9,7 procent) i öppenvård.

God samverkan mellan olika avdelningar och verksamheter gör att vi under året inte har haft någon överbeläggning. Vi arbetar aktivt för att minska antalet utlokaliserade patienter. Antalet vårdtillfällen har ökat med 510 (+ 4,5 procent) medan medelvårdtiden har minskat något. Antalet DRG-poäng är något färre.

Arbete pågår för att förbättra vården för inneliggande patienter. Vi ser reduktion av vårdtider för bland annat höftplastiker, knäplastiker och stroke, samtidigt som vi har nöjdare patienter. Vi har därigenom kunnat reducera vårdplatser på geriatriska rehabiliteringskliniken från och med augusti, och vi har startat ett mobilt geriatriskt team för de mest sjuka äldre.

Samverkan mellan kommunerna, primärvården och slutenvården har fördjupats, inte minst tack vare den nationella satsningen på de mest sjuka äldre. Framsteg kan vi se framsteg avseende palliativ vård och inom vårdprevention. Mätningar av den undvikbara slutenvården och antalet återinläggningar är i gång.

Akutkliniken och berörda verksamheter har tillsammans gått med i SKL:s nationella program "Akut förbättring". Vi har kunnat se en rad förbättringar, bland annat har målet om högst fyra timmars handläggningstid för 90 procent av patienterna nåtts under årets tre sista månader. Jämfört med övriga akut-mottagningar som deltar i SKL:s program ligger Värnamos resultat i framkant.

Pilotförsök med webbtidbok pågår för diabetespatienter i åldersgruppen 20–40 år, som sedan augusti själva kan boka tid för ögonbottenfotografering. Väster vårdcentral kan boka in nyupptäckta diabetespatienter i samma webbtidbok.

För colon/rektalcancerpatienterna har ERAS-modellen (Enhanced Recovery After Surgery) införts under senhösten. Studier visar att ERAS leder till snabbare återhämtning, kortare vårdtider och en halvering av behandlingskrävande komplikationer efter kolorektal kirurgi. Samtliga cancerpatienter inom sjukhuset erbjuds också tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska.

I öppna jämförelser 2012 har flera resultat förbättrats, men det finns också förbättringsområden. Som exempel var andelen strokepatienter som var nöjda eller mycket nöjda med vården på sjukhuset 100 procent.

Inom Säker vård-arbetet ingår att förebygga infektioner vid centrala venösa infarter (CVK/CDK). Totalt 176 stycken patienter, ofta svårt sjuka intensivvårdspatienter, fick en infart inopererad under året. Ingen av dessa patienter fick någon kateterrelaterad infektion. Det var vid årsskiftet 426 dagar sedan någon patient fick en sådan infektion!

Andel patienter som får trombolysbehandling vid stroke har ökat från cirka 3 procent under 2011 till 8 procent 2012 (mål 10 procent). Medelprocesstiden har minskat från cirka 75 minuter till under 50 minuter (mål högst 50 minuter).

Städavdelningen och kostavdelningen har förbättrat sina resultat i det nationella benchmarkingprojekt där vi jämförs med över 40 andra sjukhus i Sverige. När det gäller kundtillfredsställelsen ligger vi även i år i toppskiktet. Nöjd-brukar-index (NBI) var för städavdelningen 4,35 och för patientkost 4,45 av maximala 5. Städavdelningen har sänkt sina kostnader från föregående år, från 245 kronor per kvadratmeter till 201 kronor per kvadratmeter.

Utemiljön kring huvudentrén har strukturerats om och tillgängligheten för fysiskt funktionshindrade har förbättrats avsevärt. Första etappen av ombyggnaden av plan 5 i medicinhuset och geriatriska mottagningen är avslutad. Andra etappen pågår. Planeringen för ombyggnad av de återstående planen 6-7, innehållande medicinklinikens vårdavdelningar, fortlöper programenligt. För familjecentraler i Värnamo, Gislaved och Smålandsstenar planeras byggstart under 2013. Ombyggnaden av Samrehab pågår och beräknas vara klar vid årsskiftet 2013/2014.

Ett befarat underskott har vänts till ett överskott om 5,2 mnkr för helåret 2012. Sjukvårdsområdet erhöll i slutet av året tilläggsbudget samt ersättning för kostnader i samband med ombyggnation. Kostnadsutvecklingen för lab och röntgen har varit lägre under tredje tertiet än under första och andra tertiet. Men framför allt har kostnaderna minskat p.g.a. neddragning av vårdplatser på geriatriska rehabiliteringskliniken, många förbättringsarbeten och stora ansträngningar i varje dags arbete att hålla budgeten. Antal årsarbetare har minskat med 11.

## 2. Medborgar- och kundperspektivet

Sjukhuset har under 2012 arbetat aktivt för ett partnerskap med patienten, bland annat genom att lyfta in olika patientberättelser som en möjlighet att förbättra vården. Patienter har också deltagit i spridningsseminarier. Varje ledningsgruppsmöte inleds med att en verksamhetschef delar en berättelse som han eller hon har fått från en patient. Synpunkter tas in kontinuerligt via Patientens direktkanal och via enkäter, bland annat den nationella patientenkäten.

Tillgängligheten är fortfarande god och på akuten har handläggningstiden förbättrats avsevärt under året. De senaste tre månaderna har målet om max 4 timmars handläggningstid för 90 procent av patienterna nåtts. Utveckling av koncept för e-hälsa pågår.

Värdering av mål: ● ej uppfyllt ● delvis uppfyllt ● uppfyllt  
Värdering av aktivitet: ● ej påbörjad ● pågående ● genomförd

Tabell 1: Redovisning av resultat för mål och mått samt status av handlingsplan

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat/ Status Tertial 3
<p><b>Kundtillfredsställelse</b></p> <p><b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: Vara bland de fem bästa landstingen i Nationell patientenkät och Vårdbarometern. Kommentar: <i>För landstinget saknas uppgift. Värnamo sjukhus kom på nionde plats bland 36 sjukhus avseende de nationella patientenkäterna 2012.</i></p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Systematiskt inhämta patienternas synpunkter genom Nationell patientenkät våren 2012, samt Vårdbarometern och Patientens direktkanal. Kommentar: <i>Under tredje tertialet har resultaten från Nationell patientenkät kommit och analyserats. Resultaten för både somatisk och psykiatrisk vård är bättre för 2012 än för 2011. Svarsfrekvenserna är fortfarande låga (ca 60 procent för somatisk vård och knappt 40 procent inom psykiatrin).</i></p> <p><i>Antalet ärenden till länets patientnämnd var under perioden oktober till och med december 14 stycken. Totalt under året har vi fått in 42 ärenden. Patientnämnden lägger inte in ärenden i Synergi i dagsläget.</i></p> <p><i>Antalet händelser till Patientens direktkanal under tredje tertialet var 53 stycken. De flesta händelserna handlade om vård och behandling (28 händelser). Totalt under året har direktkanalen fått in 193 händelser varav 78 handlade om vård och behandling. Varje händelse till patientens direktkanal skickas till chefläkare för kännedom, men det är den enskilda verksamhetens ansvar att ta hand om, genomföra förbättringar och återkoppla dessa till patient/närstående inom 14 dagar. Återkoppling av ärende till patient inom 14 dagar skedde i 38,7 procent av fallen.</i></p> <p><i>Under vecka 35–36 intervjuades 30 medarbetare från olika</i></p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>

<p>verksamheter om hur de tar till vara patienternas synpunkter. Hälften av medarbetarna får synpunkter från patienter varje vecka. Lika många uppger att de aktivt efterfrågar synpunkter från patienter, och att de flesta av dessa synpunkter handlar om vård och behandling. Patientsynpunkter tas i stor utsträckning upp på arbetsplatsträffar. I de flesta fall får patienten en återkoppling på vad som har gjorts med anledning av synpunkterna.</p> <p>Utifrån intentionerna i patientsäkerhetslagen 4 § erbjuda patienter och närstående att delta i patientsäkerhetsarbetet.</p> <p>Erbjuda patienter att tillsammans med verksamheterna delta i Qulturums program "Tillsammans".</p> <p>Kommentar: <i>Kirurgkliniken har påbörjat ett arbete för att på ett bättre sätt ta tillvara patienternas erfarenheter och åsikter i samband med förbättringsarbeten. Under spridningsseminarier i oktober fanns patienter och närstående med och fick dela sina berättelser i föreläsningsform.</i></p>			
<p><b>Utveckla e-hälsa</b> <b>Mått/mål:</b> Erbjuda fler kommunikationsvägar mellan patient och vård. Utveckla tjänsterna i Mina vårdkontakter. Ge patienten möjlighet att komma i kontakt med vården när det passar patienten.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Starta försök med webbtidbok inom kvinnohälsovården och ögonmottagningen.</p> <p>Utveckla nya tjänster tillsammans med en patientgrupp, till exempel patienter med kronisk sjukdom som via självrapportering i Mina vårdkontakter får ett större egenansvar för sin hälsa. Första målgrupp för Min hälsoplan är patienter på diabetesmottagningen.</p> <p>Kommentar: <i> Två gruppaktiviteter inom kvinnohälsovården är nu möjliga att boka via webbtidboken i Mina vårdkontakter; - Visning av förlossningsavdelningen. - Information om träning vid graviditet.</i></p> <p><i>Sedan augusti kan diabetespatienter i åldersgruppen 20–40 år själva boka tid för ögonbottenfotografering via webbtidbok. Väster vårdcentral kan också boka in nyupptäckta diabetespatienter. Tobaksenheten har påbörjat planering för att erbjuda patienter som vill ha hjälp att sluta snusa eller röka möjlighet att boka tid via webbtidbok.</i></p> <p><i>Min hälsoplan testas för diabetespatienter på medicinkliniken. Diabetespatienterna kommer att kunna få påminnelser i mobiltelefonen, resultat av medicinska värden och möjlighet till kommunikation med vårdgivare genom kommentarsfunktioner och videokonferensmöjligheter.</i></p> <p><i>Fortsatt marknadsföring av Mina vårdkontakter till förskolor och skolor inom Värnamo sjukvårdsområde görs. Andra aktiviteter har varit öppet hus på vårdcentralen i Anderstorp, medborgardag i Värnamo samt seniorsurf på stadsbiblioteket den 15 oktober.</i></p> <p><b>Mått/mål:</b> Alla medarbetare ska känna till 1177.se och kunna använda informationen samt upplysa patienter om webbsidan.</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>

<p>Aktiviteter enligt handlingsplan: 1177.se presenteras vid utbildning i Cosmic runt kallelser och patientinformation.</p> <p>Genomföra en PPM per månad bland ineliggande patienter kring kunskap om 1177.se. Genomförs av studenter/elever på samtliga enheter.</p> <p>Kommentar: <i>Information om 1177.se har givits till medarbetare vid ett flertal tillfällen under året. Nyanställd personal får i samband med introduktionen information om 1177.se.</i> <i>Undersökning om ineliggande patienters kunskaper om 1177.se är ännu inte genomförd. Läsplattor var tänkta som enkla verktyg, men är ännu inte tillåtna i Landstinget.</i></p>			
<p><b>Telefontillgänglighet till sjukhusets mottagningar</b> <b>Mått/mål:</b> Mål: 95 procent av patienterna ska få sina telefonsamtal besvarade. Kommentar: <i>Under hela 2012 registrerades 123 022 stycken samtal. Av dem besvarades 115 132 samtal (94 procent).</i></p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Kartläggning av mottagningarnas telefontider. Se över återbudsprocessen.</p> <p>Kommentar: <i>Vissa samtal av dem som inte kommer fram är mycket korta, på någon eller några sekunder och har visat sig vara felringningar. Arbete pågår för att ytterligare förbättra svarsfrekvensen. Under året har återbudscentralen tagit emot 7 309 återbud (jämför 7 993 för 2011). I juni och november månad är siffrorna osäkra. Första halvåret ökade återbuden medan de har minskat andra halvan av året.</i></p>	<p> 95 %</p> <p> </p>	<p> 92 %</p> <p> </p>	<p> 94 %</p> <p> </p>
<p><b>Tillgänglighet</b> <b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: 80 procent av patienterna ska komma på nybesök inom specialiserad vård inom 60 dagar.</p> <p>Kommentar: <i>Andelen patienter som hade väntat högst 60 dagar på ett första besök i specialiserad vård var:</i> - 31 december: 91 procent - 30 november: 97 procent - 31 oktober: 96 procent - 30 september: 93 procent</p> <p><i>Ortopeden har i november månad haft extra mottagningar för 24 patienter med problem från höft, hand och knä.</i></p> <p>70 procent av patienterna ska komma på nybesök inom specialiserad vård inom 30 dagar.</p> <p>Kommentar: <i>Andelen patienter som hade väntat högst 30 dagar på ett första besök i specialiserad vård var:</i> - 31 december: 54 procent - 30 november: 75 procent - 31 oktober: 78 procent - 30 september: 62 procent</p>	<p> 98 %</p> <p> </p> <p> 71 %</p>	<p> 84 %</p> <p> </p> <p> 66 %</p>	<p> 91 %</p> <p> </p> <p> 54 %</p>

<p>Antalet läkarbesök har ökat med 3 369 stycken (4,2 procent).</p> <p>Landstingets mål: 90 procent av patienterna ska komma på undersökning inom specialiserad vård inom 30 dagar.</p> <p><i>Kommentar:</i> Andelen patienter som den 31 december hade väntat högst 30 dagar på en kopi var 92 procent. Ett arbete med att systematiskt utbilda skopister har genomförts på kirurgkliniken.</p> <p>Landstingets mål: 80 procent av patienterna ska få operation/åtgärd inom 60 dagar.</p> <p><i>Kommentar:</i> Andelen patienter som den 31 dec. väntat högst 60 dagar på en operation/behandling var 74 %. Motsvarande resultat för övriga månader i tertiet var: - 30 september: 76 procent - 31 oktober: 76 procent - 30 november: 82 procent</p> <p>Under november och december köpte öron/audionommottagningen extra mottagningar med utprovning av hörapparater för cirka 100 patienter. Audionomer är en bristvara för oss och för dem vi försökt att köpa av.</p> <p>Under tredje tertiet genomförde kirurgkliniken extra operationer utöver det planerade veckoprogrammet. Det resulterade i 15 bröst- och bukplastikoperationer, 9 variceroperationer, 2 njurstensbehandlingar, 6 bråckoperationer, 2 hemorrojdoperationer och 2 coloskopier.</p> <p>Ögonmottagningen har under veckorna 35, 37, 39 och 41 utfört 110 extra kataraktoperationer.</p> <p>Totala antalet operationer i öppenvård har ökat med 384 (9,7 procent) och i slutenvård med 150 (5,4 procent).</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Fortsätta arbetet (bland annat i den länsövergripande produktions- och kapacitetsgruppen) med att korta ledtiden i processerna, ta bort väntetider, ta bort variation, se över remisshantering och se över återbesöksprocessen.</p> <p><i>Kommentar:</i> Kirurgkliniken deltar i ett regionalt samarbete för att bland annat minska ledtiden från första besök till operation för patienter som drabbats av koloncancer. Arbetet har lett till en kraftig reduktion av ledtiden och Värnamo framhölls som gott exempel vid en konferens anordnad av RCC (Regionalt cancercenter).</p>	<p>● 70 %</p> <p>● 87 %</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 77 %</p> <p>● 61 %</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 92 %</p> <p>● 76 %</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>
<p><b>Vänte- och behandlingstid på akutmottagningen</b></p> <p><b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: Den totala handläggningstiden på akutmottagningen ska inte överstiga 4 timmar för 90 procent av patienterna.</p> <p><i>Kommentar:</i> Under tertiet har handläggningstiden på akuten i genomsnitt varit: - 87 procent i september - 91 procent i oktober - 93 procent i november</p>	<p>● 86 %</p>	<p>● 86 %</p>	<p>● 90 %</p>

<p>Aktivitet enligt handlingsplan: Genomföra analys av de patientfall som inte klaras av inom 4-timmarsgränsen. Utifrån analysen genomförs förbättringsåtgärder bl.a. tillsammans med röntgen.</p> <p>Kommentar: <i>Akutkliniken och berörda verksamheter har tillsammans gått med i SKL:s nationella program "Akut förbättring". Lokala förbättringsarbeten pågår och dessa har även uppmärksammats nationellt. Målsättningen är att minska väntetiden på akuten, öka kvaliteten och patientsäkerhet samt få mer nöjda medarbetare. Under hösten har vi haft god hjälp av en student från CIL (Centrum för informationslogistik) i Ljungby som på olika sätt har kartlagt processer och belyst förbättringsområden.</i></p>	●	●	●
--	---	---	---

### 3. Process- och produktionsperspektiv

Viktiga hörnstenar för att nå vår mission *Värnamo sjukvårdsområde är ett av världens säkraste och mest effektiva lokala sjukvårdssystem* är patientsäkerhetsarbetet bl a genom "Säker vård alla gånger", utveckling av processororienterat arbetssätt och lean.

I Dagens Medicins undersökning om bästa svenska sjukhus 2012 rankas Värnamo sjukhus som det fjärde bästa av 36 sjukhus i kategorin mellanstort akutsjukhus med förlossning. Parametrarna som ingår är medicinsk kvalitet, vårdgaranti, vårdrelaterade infektioner med hygienregler samt patientenkäter.

Nationell och regional samordning innebär alltmer standardisering. Öppna jämförelser, kvalitetsregister med mera ger transparens och jämförbarhet. I öppna jämförelse har vi förbättrats inom ett antal områden, men det finns också områden där vi kan bli bättre. Stort arbete pågår med följsamhet till nationella riktlinjer och framtagande av standardvårdplaner. Ett exempel är arbetet tillsammans med kommuner och primärvård kring rehabilitering efter stroke. Andra exempel är förbättringar av flödet för obecitasoperationer där vårdtiden minskat till 1 dag för en tredjedel av patienterna samt höft- och knäoperationer där vårdtiden minskat med 3 dagar.

Flera förbättringar inom strokevården har genomförts. Ambulansen kör patienten direkt till röntgen vid trombolyslarm. Nya PM och rutinbeskrivningar vid akut stroke har införts. Processtiden har minskat kraftigt till följd av detta. Trombolyslarmen och efterföljande trombolysbehandling har på årsbasis nästan fyrdubblats 2012 jämfört med 2011.

Det regionala projektet inom koloncancer har avslutats. Det länsgemensamma samarbetet fortsätter och kirurgläkare deltar varje vecka på MDT-konferens tillsammans med onkologen. För colon/rektalcancerpatienterna har ERAS-modellen (Enhanced Recovery After Surgery) införts under senhösten. Studier visar att ERAS leder till snabbare återhämtning, kortare vårdtider och en halvering av behandlingskrävande komplikationer efter kolorektal kirurgi. Samtliga cancerpatienter inom sjukhuset erbjuds också tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska.

Patientsäkerhetsarbetet är omfattande. Vid ledningens dialog med medarbetare i samband med patientsäkerhetsronder framkommer tydligt hur säkerhetstänkandet

fortsätter utvecklas. Många förbättringsförslag framkommer och stor vilja finns att skapa patientsäkra processer.

Kartläggning och flödesorientering av processer pågår. Ett sjukhusövergripande processtöd finns framtaget för att underlätta för verksamheterna. Ett nytt IT-stöd, Lagesportalen, är i pilottest på kirurgkliniken. Syftet är att ge ökade möjligheter för verksamheten att planera utifrån efterfrågan samt. Allt för att klara tillgängligheten.

Samtliga verksamheter har under året genomfört dialog kring läkemedelsprocessen tillsammans med chefläkare, apotekare och ekonom. Genomgång och förbättringar kring läkemedelskostnader, förskrivningsmönster och patientsäkerhet har ingått.

Samverkan med kommunerna och primärvården har utvecklats för att ge de mest sjuka äldre ett bättre omhändertagande, oavsett vem som ska leverera vården. Här finns fortfarande mycket gjort.

Ett exempel på vårt arbete med snabba omställningar är beslutet att lägga ned vårdplatser på geriatriska rehabiliteringskliniken i mitten av maj. Beslutet verkställdes i mitten av augusti (egentligen vid sommarstängningen i juni) men alla berörda hade besked om ny arbetsplats redan i juni. Arbete pågår även med anpassning mot nytt resursfördelningssystem och vårdval i specialiserad sjukvård.

Under tredje tertialet 2012 påbörjade sjukhuset en daglig registrering av antalet överbeläggningar och antalet utlokaliserade. Det handlar framförallt om medicinpatienter som vårdats på geriatriska rehabiliteringskliniken och kirurgpatienter som har vårdats på ortopedkliniken med bibehållet medicinskt ansvar från ursprungskliniken.

Värdering av mål: ● ej uppfyllt ● delvis uppfyllt ● uppfyllt  
Värdering av aktivitet: ● ej påbörjad ● pågående ● genomförd

Tabell 2: Redovisning av resultat för mål och mått samt status av handlingsplan

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat/ Status Tertial 3
<p><b>Ohälsotal</b> <b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: Vårt ohälsotal ska vara bland de fem lägsta i landet.</p> <p>Kommentar: <i>Landstinget ligger på sjunde plats i Sverige, men de fyra kommunerna i GGVV-regionen har lägre ohälsotal än övriga kommuner i landstinget.</i></p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Fortsatt arbete med att förbättra processen kring sjukintyg. Varje verksamhet ska genomföra mätning en gång per månad av antalet intyg som måste kompletteras i förhållande till det totala antalet intyg.</p> <p>Kommentar: <i>Vid en granskning av intyg under två veckor hösten 2012 framkom</i></p>	<p>● 2:a i Sverige</p> <p>●</p>	<p>● 2:a i Sverige</p> <p>●</p>	<p>● 7:e i Sverige</p> <p>●</p>





<p>områden vid 8-, 10-, 12- och 18-månadersbesöken. Hälsokurvan erbjuds båda föräldrarna när första barnet är cirka 12 månader.</p> <p>Under 2012 har 105 hälsokurvor genomförts. Ytterligare 67 förstagångsmammor och 84 förstagångspappor (till barn födda 2011) har erbjudits, men tackat nej. De flesta som tackar nej anger som skäl att de redan blivit hälsoundersökta någon annanstans.</p>			
<p><b>Vårdprevention</b></p> <p><b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: Minst 80 procent av alla patienterna över 70 år som vårdas inlagda ska riskbedömas avseende undernäring, trycksår och fall.</p> <p>Kommentar: Av de inlagda patienterna över 70 år riskbedömdes 84 procent i september, 86 procent i oktober och 86 procent i november.</p>	<p>● 80 % i mars</p>	<p>● 63 % juli</p>	<p>● 85 % i december</p>
<p>Landstingets mål: Alla patienter över 70 år som har risk för trycksår, undernäring och fall ska få förebyggande åtgärder.</p> <p>Kommentar: Trots god följsamhet behöver den vårdpreventiva processen utvecklas. Under 2013 ska till exempel vårdpreventionsronder genomföras i samtliga verksamheter som registrerar i kvalitetsregistret Senior Alert, utbildningar för sjuksköterskor och undersköterskor planeras med mera.</p>	<p>● 98 % mars</p>	<p>● 100 % juli</p>	<p>● 99 % december</p>
<p>Aktivitet enligt handlingsplan: Fortsatt utbildning för den personal som genomför riskbedömningar och vidtar åtgärder.</p> <p>Fortsatt utbildning för den personal som registrerar och tar ut resultat ur kvalitetsregistret Senior Alert.</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>
<p>Alla patienter ska riskbedömas före och i samband med operation enligt WHO:s checklista för säker operationsvård.</p>	<p>●</p>	<p>●</p>	<p>●</p>
<p>Aktivitet enligt handlingsplan: Resultatet av ovanstående ska införas i statistikprogrammet MOA.</p>	<p>●</p>	<p>●</p>	<p>●</p>
<p>Kommentar: Arbetet med riskbedömningar före och i samband med operation pågår som tidigare. Sedan journalsystemet Meta Vision infördes finns dock ingen exakt statistik tillgänglig för detta område.</p>			
<p>Landstingets mål: Punktprevalensmätning (PPM) trycksår ska genomföras två gånger per år.</p> <p>Kommentar: På Värnamo sjukhus hade 13,6 procent av patienterna en tryckskada kategori 1–4 vid punktprevalensmätningen i november. Resultatet talar inte om huruvida patienten kom in med sin tryckskada eller om den uppstod under vårdtiden. På länsbasis visade resultatet att 13 procent av kvinnorna och 9 procent av männen hade tryckskada kategori 1–4. Av dem som hade tryckskada var 59 procent kvinnor och 41 procent män. Under året har en länsgemensam handlingsplan för att förebygga trycksår arbetats fram.</p>	<p>● 9 % (riket 16 %)</p>	<p>●</p>	<p>● 11 % (riket 15 %)</p>
<p><b>Kliniska resultat och kvalitetsregister</b></p> <p><b>Mått/mål:</b> Vara med i alla relevanta kvalitetsregister samt andra relevanta</p>	<p>●</p>	<p>●</p>	<p>●</p>

<p>uppföljningar för att öka kvalitetsutvecklingen i vården.</p> <p>Landstingets mål: Förbättra läget för 20 procent av indikatorerna avseende medicinska resultat i öppna jämförelser.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Utifrån kartläggning säkerställa att vi medverkar i de för sjukhuset relevanta registren. Varje verksamhet ska presentera vilka indikatorer man har för avsikt att förbättra mellan Öppna jämförelser 2011 och 2012.</p> <p>Där online-uppföljning från kvalitetsregister är möjlig ska löpande resultat samt förbättringsarbeten redovisas i verksamheternas styrkort.</p> <p>Kommentar: <i>Värnamos resultat i Öppna jämförelser 2012 finns redovisat inom ett 40-tal områden. Vi har förbättringar jämfört med andra inom 13 områden, men vi har också flera områden där vi kan förbättra både resultat och ranking. Vid verksamhetsträffar under hösten med respektive ledningsgrupp har resultat från kvalitetsregister och Öppna jämförelser rapporterats och analyserats. De flesta av registren saknar online-rapporter och har ett till två års eftersläpning. Det gör det svårt att använda Öppna jämförelser som motor i förbättringsarbeten. Öppna jämförelser fungerar mer som ett kvitto på rätt eller mindre rätt väg i kvalitetsarbetet.</i></p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>
<p><b>Bra vård till patienter som drabbas av stroke</b> <b>Mått/mål:</b> Alla patienter som drabbas av stroke och inte behöver IVA-vård eller neurokirurgi ska vårdas på strokeenhet.</p> <p>Värnamo ska vara ett av sex sjukhus som får särskilt omnämnande för ”god strokevård” i kvalitetsregister Riks-stroke.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Öka andelen trombolysbehandlade patienter till 10 procent.</p> <p>Handläggningstiden till trombolysbehandling ska vara högst 50 minuter.</p> <p>Kommentar: <i>Värnamo placerade sig 2012 inte som 2011 bland de sex sjukhus som fick särskilt omnämnande när alla delar räknas in. Värnamo fick däremot bäst resultat i landet, 100 procent, för indikatorn patienter som var mest nöjda med strokevården på sjukhuset. Sedan vecka 40 kör ambulansen patienten direkt till röntgen vid trombolyslarm. Rutinen är förankrad och nedtecknad i PM och rutinbeskrivning vid akut stroke. Till följd av detta behandlades samtliga berörda patienter inom 50 minuter under årets sista tertial. Trombolyslarmen och efterföljande trombolysbehandling har på årsbasis nästan fyrdubblats under 2012 jämfört med 2011. Dock nådde vi inte upp till målet 10 procent under 2012, men trenden är mycket lovande.</i></p>	<p>● 100 %</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 100 %</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 100 %</p> <p>●</p> <p>● 8 %</p> <p>●</p>
<p><b>Bra hjärtinfarktvård</b> <b>Mått/mål:</b> Rankas som ett av landets fem bästa sjukhus. Mätning via Öppna jämförelser.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Nio kriterier ska uppfyllas enligt mål i Riks-HIA. Öka andelen patienter med ASE-hämmare.</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>



<p>Kommentar: <i>Det finns en tvärprofessionell arbetsgrupp för Meddix i GGVV. Gruppen arbetar med rutiner, information och utbildning.</i></p>			
<p><b>Processkartläggning</b> <b>Mått/mål:</b> Identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet (enligt SOSFS 2011:9).</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Senast 15 maj ska minst en vårdprocess i varje verksamhet vara kartlagd. Prioritering av processer som kräver samverkan och processer som kan minska ledtiden och öka den patientnära tiden.</p> <p>Lära av andra, hämta metodstöd via Qulturum. Säkert och effektivt, ”rätt från början”.</p> <p>Kommentar: <i>På ledningsgruppens möte i maj presenterade verksamheterna sina pågående processarbeten. Vid höstens spridningsseminarium presenterades resultaten. Ett tjugotal kartläggningar och förbättringar redovisades. Ett eget intranätbaserat stödmaterial har tagits fram för att underlätta arbetet med att beskriva och utveckla processerna. Lean som filosofi stödjer vårt processarbete. Så här långt har 413 medarbetare fått en dags lean-introduktion via lokala handledare.</i></p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>
<p><b>Förhindra vårdskador</b> <b>Mått/mål:</b> Patientsäkerhet – antal skador per 1 000 vård dagar. Målsättning: årlig minskning med 10 procent.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Återkoppling av resultat månadsvis till verksamheterna från GTT granskning.</p> <p>Implementering av nya patientsäkerhetslagen och författningen SOSFS 2011:9.</p> <p>Starta en sjukhusövergripande risk- och händelsanalysgrupp som kan stödja verksamheterna i deras säkerhetsarbete.</p> <p>Göra anvisningar och tidplan till 2011 års patientsäkerhetsbokslut som senast den 1 mars ska skickas in till Socialstyrelsen.</p> <p>Via benchmarking lära av de säkraste sjukhusen i världen.</p> <p>Kommentar: <i>Patientsäkerhetsarbetet har oförminskad prioritet. Vi ser tyvärr inte utifrån GTT-granskning att antalet patientskador har minskat under året, utan ligger på cirka 10 procent. Totalt 29 skador januari till och med september. Varje skada rapporteras till berörd verksamhetschef, som analyserar orsaker inom sin verksamhet.</i></p> <p><i>Instrumentet GTT är framtagen av IHI, The Institute of Healthcare Improvement i Boston, USA. Carol Haraden vicepresident från IHI är en av grundarna till GTT instrumentet. Vid hennes senaste besök i Värnamo i januari 2013 betonade hon vikten av att instrumentet är ett övergripande systemverktyg att jämföra med sig själv <b>inte</b> för att jämföra sina resultat med andra sjukhus.</i></p> <p><i>Den sjukhusövergripande patientsäkerhetsgruppen följer upp och initierar aktiviteter och mätningar. En mycket gott resultat är att</i></p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>

<p>vi den 22 januari 2013 inte har haft någon vårdrelaterad infektion via CVK (central venkateter) på 448 dagar. Ett systematiskt utbildning- och träningsprogram i kombination med engagerade handledare ligger bakom detta.</p> <p>Risk- och händelseanalysgruppen har genomfört en uppskattad utbildning för 26 ärendesamordnare i syfte att höja kompetensen och få en ökad förståelse för hantering av avvikelser. Gruppen analyserar patientsäkerhetsavvikelser inom de fem mest frekventa arbetsprocesserna.</p> <p>Utnyttjandegraden stiger kontinuerligt av vårt lokala Metodikum, där tränings- och simuleringsmöjligheter ges.</p>																		
<p><b>Lex Maria</b> <b>Mått/mål:</b> Lex Maria-anmälan ska vara ankomstregistrerad hos Socialstyrelsen inom 60 dagar från datumet för händelsen. Händelseanalys ska göras på samtliga ärenden.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Utveckla rutiner för att korta ledtiderna från händelse till anmälan. Information om regelverk till alla berörda.</p> <p>Kommentar: Nio anmälningar har gjorts under året. Av dessa har samtliga ankomstregistrerats hos Socialstyrelsen inom 60 dagar. Chefläkaren informerar nyanställda läkare om rutinerna vid en anmälan samt vid behov även berörda medarbetare. Under hösten har särskild utbildning i patientsäkerhet och språkträning för utländska läkare genomförts där även information om lex Maria ingick. Socialstyrelsens ökade krav på omfattande utredning gör att varje lex Maria-anmälan kräver stor arbetsinsats.</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p> <p>●</p> <p>●</p>															
<p><b>Smittskydd</b> <b>Mått/mål:</b> Landstingets mål: (STRAMA) Max 250 antibiotikarecept/1 000 invånare/år.</p> <p>Kommentar: Sjukhuset saknar återkoppling för de enskilda verksamheterna. Har påtalat detta för smittskydd och vårdhygien som har lovat att återkomma.</p> <p>Alla anställda med direkt patientkontakt ska ha 100 procent följsamhet till klädpolicy.</p> <p>100 procent följsamhet till basala hygienrutiner.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Alla enheter mäter basala hygienrutiner och klädpolicy.</p> <p>Kommentar:</p> <table border="1" data-bbox="379 1753 930 1944"> <thead> <tr> <th>Månad</th> <th>Basala hygienrutiner</th> <th>Klädpolicy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>December</td> <td>89 %</td> <td>97 %</td> </tr> <tr> <td>November</td> <td>93 %</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>Oktober</td> <td>93 %</td> <td>99 %</td> </tr> <tr> <td>September</td> <td>93 %</td> <td>99 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Mål: Inneliggande patient ska inte smittas av MRB.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:</p>	Månad	Basala hygienrutiner	Klädpolicy	December	89 %	97 %	November	93 %	100 %	Oktober	93 %	99 %	September	93 %	99 %	<p>●</p> <p>● Kläd-rutiner 100 %</p> <p>● BHR 91 %</p> <p>● 100 %</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>● Kläd-rutiner 98 %</p> <p>● BHR 89,8 %</p> <p>● 100 %</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>● Kläd-rutiner 97 %</p> <p>● BHR 88 %</p> <p>● 100 %</p> <p>●</p>
Månad	Basala hygienrutiner	Klädpolicy																
December	89 %	97 %																
November	93 %	100 %																
Oktober	93 %	99 %																
September	93 %	99 %																

Följsamhet till checklista mäts varje månad.			
Tillsammans med smittskyddsgruppen fastställa rutiner för hur positiva MRB odlingar ska registreras.			
Punktprevalensmätning av förekomst av VRI ska genomföras en gång per månad bland inläggande patienter.	5,6 % april	8,1 % i aug	4,8 % i dec
<p>Kommentar: I december månad hade 4,8 procent (8 patienter) av inläggande patienter en vårdrelaterad infektion. Motsvarande siffra i september månad var 5,3 procent (8 patienter), i oktober månad 8,9 procent (15 patienter) och i november månad 8,5 procent (12 patienter). I dessa resultat ingår alla patienter med olika sorters VRI. Infektionerna behöver inte ha uppstått på sjukhuset och vi följer inte upp vad som händer i hela vårdkedjan. Utifrån detta vill vi starta ett förbättringsarbete där vi delar upp de olika infektionerna var för sig och hur vi ska kunna undvika dem.</p> <p>Under hösten har en länsövergripande översyn genomförts av städrutiner på vårdavdelningar. En ny policy är framtagen som ska realiseras under 2013.</p>			
Tillsammans med smittskyddsgruppen fastställa rutiner för hur positiva clostridium difficile-odlingar ska registreras.			
Följsamhet till programmet "kateter bara när det behövs".			
Tillsammans med smittskyddsgruppen fastställa rutiner för hur odlingar tagna före antibiotikabehandling ska registreras och följas upp.			
<p>Kommentar: STRAMA-grupp bildades på sjukhuset under första tertialet 2012. Gruppen ska arbeta fram rutiner för flera av ovanstående aktiviteter. Två verksamheter har deltagit i utvecklingsarbete i Qulturums regi för att minska antibiotikaförskrivningen.</p>			
<b>Läkemedelsanvändning</b>			
<b>Mått/mål:</b>			
Bra läkemedelsanvändning			
Aktivitet enligt handlingsplan:			
Årlig läkemedelsdialog i samtliga verksamheter.			
Aktiviteter utifrån handlingsplan äldre och läkemedel.			
Kartlägga och ta fram riktlinjer för patienter som själva kan sköta sina läkemedel i samband med sjukhusvistelse.			
<p>Kommentar: Läkemedelsdialoger har genomförts inom samtliga verksamheter. Dialogerna har varit mycket uppskattade från verksamheternas sida och kommer att fortsätta under 2013. Landstingets apotekare har stor betydelse som sjukhusövergripande funktion för att skapa säkra processer för läkemedelsfrågor oavsett verksamhet. Riktlinjer för självmedicinering finns på intranätet. En omfattande informationsinsats har gjorts kring nya författningen SOSFS 2012:9 föreskrift om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandling i hälso- och sjukvården. Ett sjukhusövergripande arbete pågår kring integrering av den nya författningen med befintliga rutiner för läkemedelsanvändning. Journalgranskning angående läkemedelsfel i vårdens övergångar görs av 10 journaler per klinik två gånger per år. Resultaten är mycket bra när det gäller korrekt ordinationslista</p>			

vid inläggning, men sämre när det gäller att uppge informationskälla.

### 3.1 Verksamhetsstatistik

Tabell 3: Verksamhetsstatistik

Sammandrag av statistikbilagor	Utfall Helår 2010	Utfall Helår 2011	Utfall Helår 2012	Förändring helår 2012-2011
<b>Specialiserad somatisk vård</b>				
<b>Sluten vård</b>				
Antal vårdplatser (per 31 december)	206	206	198	-8
Vårdtid	56 005	57 163	57 536	373
Antal vårdtillfällen	11 130	11 355	11 865	510
Summa DRG-poäng	10 238	10 305	10 255	-50
Genomsnittlig DRG-vikt/vårdtillfälle	0,93	0,90	0,86	-0,04
Beläggningsgrad, procent	88,2 %	87,6 %	86,1 %	-1,5 %
Medelvårdtid, dagar	5	5	4,8	-0,2
Antal operationer i slutenvård	2 851	2 789	2 939	150
<b>Öppen vård</b>				
Mottagningsverksamhet				
Antal läkarbesök	66 778	68 021	71 163	3 142
Varav antal operationer i öppen vård	3 954	3 944	4 328	384
Antal besök annan personalkategori	48 682	46 874	45 658	-1 216
Summa DRG-poäng i öppen vård (läkarbesök och annan yrkeskategori)	6 418	6 933	6 858	-75
<b>Specialiserad psykiatrisk vård</b>				
<b>Sluten vård</b>				
Antal vårdplatser (per 31 december)	25	25	25	0
Vårdtid	6 805	6 718	6 706	-12
Antal vårdtillfällen	489	488	481	-7
Summa DRG-poäng	457	414	412	-2
Genomsnittlig DRG-vikt/vårdtillfälle	0,97	0,88	0,91	0,03
Medelvårdtid, dagar	13,9	13,8	13,9	0,1
<b>Öppenvård</b>				
Mottagningsverksamhet				



Antal läkarbesök	3 625	3 517	3 728	211
Antal besök annan personalkategori	21 818	21 081	21 811	730
Summa DRG-poäng i öppen vård (läkarbesök och annan yrkeskategori)	895	1 052	1 073	21
<b>Primärvård</b>				
Antal läkarbesök	6 256	5 867	5 883	16
Antal besök annan personalkategori	50 758	50 390	*44 966	-5 424

\* Det är främst telefonkontakter samt besök till ssk inom barnhälsovård som har minskat mellan åren.

### 3.2 Miljöredovisning

Värdering av mål: ● ej uppfyllt ● delvis uppfyllt ● uppfyllt  
 Värdering av aktivitet: ● ej påbörjad ● pågående ● genomförd

Tabell 4: Miljöarbete

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat / Status Tertial 3
<p><b>Miljömål 1. Avfall</b>  <b>Mått/mål:</b> Minst 26 procent av den totala mängden avfall från Värnamo sjukhus ska materialåtervinnas.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:            Utredda om det ur ekonomisk och praktisk synvinkel är möjligt att återvinna polyetenplast.            Nya avfallsanläggningen färdigställs och tas i bruk fullt ut.</p> <p>Kommentar:            Som jämförelse var materialåtervinningen 23,3 procent under 2011.</p> <p>Ökning av materialåtervunnen plast från 2,2 ton 2011 till 5,4 ton 2012.</p> <p>Ökning av spilloljeavfall från 2,5 ton 2011 till 15,3 ton 2012 på grund av att ränna, ledning och oljeavskiljare i tvätthall spolades rena 2012. Detta genererade mycket oljehaltigt slam, vilket räknas som farligt avfall. Den stora ökningen gör vår totala mängd avfall större, och därmed minskar andelen materialåtervinning.</p>	<p>● 22,2 %</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 23,9 %</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 24,5%</p> <p>●</p> <p>●</p>
<p><b>Miljömål 2. Energi</b>  <b>Mått/mål:</b> Landstingsfastigheter svarar för målen avseende energianvändning.</p>	<p>●</p>	<p>●</p>	<p>●</p>
<p><b>Miljömål 3. Kemikalier</b>  <b>Mått/mål:</b> Minska antalet produkter innehållande riskminskningsämnen med farosymbolen N, T eller riskfrasen R43 med 3 st från 17 st 2011 till 14 st 2012.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:            I samråd med de enheter som använder produkterna i dag byta ut dem mot likvärdiga produkter som inte hör till</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>

<p>riskminskningsämnen.</p> <p>Kommentar: <i>Vi har nu 14 produkter innehållande riskminskningsämnen med farosymbolen N, T eller riskfrasen R43. Tre av dessa fanns även 2011 men blev inte inventerade, vilket innebär att antalet produkter innehållande ovanstående riskminskningsämnen har minskat med sex produkter.</i></p>			
<p><b>Miljömål 4. Livsmedel</b> <b>Mått/mål:</b> Inköpskostnaden för ekologiska livsmedel 2012 ska motsvara 25 procent av den totala inköpskostnaden för livsmedel.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Öka andelen ekologiskt kött och ekologisk köttfärs jämfört med 2011.</p> <p>Kommentar: <i>Ekologiskt kött och ekologisk köttfärs står för 3,6 procent av den totala inköpskostnaden 2012 jämfört med 2,2 procent 2011.</i></p>	<p>● 28,9 %</p> <p>●</p>	<p>● 29,8%</p> <p>●</p>	<p>● 28,5%</p> <p>●</p>
<p><b>Miljömål 5. Läkemedel</b> <b>Mått/mål:</b> Förskrivningen (DDD) av Zopiklon, Zolpidem, Naproxen och Diklofenak ska minska med 5 procent jämfört med 2011.</p> <p>Målvärde: Zopiklon, Zolpidem &lt;594 300 DDD Naproxen, Diklofenak &lt;499 400 DDD</p> <p>Minska förskrivning av fluorokinoloner till ≤ 0,7 DDD/1 000 INV Målvärde: ≤ 0,7 DDD/1 000 INV.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Följa förskrivning i samverkan med läkemedelskommittén.</p> <p>Kommentar: <i>Att mäta förskrivningen av Naproxen och Diklofenak kan ifrågasättas då dessa kan köpas receptfritt. För Zopiklon och Zolpidem finns ett motsatsförhållande mellan preparatens medicinska fördelar och deras miljömässiga konsekvenser, där man strävar efter att använda mindre beroendeframkallande preparat.</i></p>	<p>● -12 % ● +14 %</p> <p>● 1,0 DDD/ 1 000 INV</p> <p>●</p>	<p>● -11 % ● +12 %</p> <p>● 0,9 DDD/ 1 000 INV</p> <p>●</p>	<p>● -4 % ● -4 %</p> <p>● 0,7 DDD/ 1 000 INV</p> <p>●</p>
<p><b>Miljömål 6. Transporter</b> <b>Mått/mål:</b> CO<sub>2</sub>- utsläppen från bilresor i tjänsten inom Värnamo sjukvårdsområde (exklusive ambulanstransporter) ska vara mindre än 145 ton.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Samtliga fordon som anskaffas 2012 ska vara miljöfordon. Fortsatt propaganda för att välja samåkning respektive tele- eller videokonferens som alternativ till tjänsteresor. Aktivt medverka till att videokonferensmöjligheterna ökar.</p> <p>Kommentar: <i>Koldioxidutsläppen för körning med poolbil har minskat med 11 ton jämfört med 2011.</i> <i>Ett nytt avtal om videokonferenstjänster är tecknat.</i></p>	<p>● 32,3 ton</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 59,9 ton</p> <p>●</p> <p>●</p>	<p>● 94 ton</p> <p>●</p> <p>●</p>

#### 4. Lärande- och förnyelseperspektiv

Allt vi gör har ett lärande- och förnyelseperspektiv. I en komplex organisation görs "produktion" och utveckling av samma personer samtidigt. Förbättring är en del av vardagens och var dags arbete och berör alla hela tiden. Med bra verktyg, metoder, forskning och tillsammans med andra kan lärandet och förbättringarna bli ännu effektivare och snabbare. Vi jämför oss med de bästa.

Ett viktigt ledningsdokument är vårt gemensamma ledningssystem GPS. Vi arbetat med att anpassa det till författningen SOSFS 2011:9.

Ett kliniskt träningscentra, Metodikum har startats på sjukhuset. Syftet är att simulerings- och färdighetsträning ska bidra till en effektivare och säkrare vård för våra patienter. Sedan starten i mars har 73 olika utbildningar genomförts.

Antalet studenter och elever har ökat under året. Framförallt gäller detta sjuksköterske- och läkarstudenter. Det ställer krav på bl.a. handledarkompetens hos våra medarbetare samt ett genuint intresse för att utbilda morgondagens medarbetare. Under forskarfredagen den 28/9 fylldes aulan av gymnasieelever som fick ta del av pågående forskningsprojekt på sjukhuset.

Värdering av mål: ● ej uppfyllt ● delvis uppfyllt ● uppfyllt  
Värdering av aktivitet: ● ej påbörjad ● pågående ● genomförd

Tabell 5: Redovisning av resultat för mål och mått samt status av handlingsplan

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat/ Status Tertial 3
<p><b>GPS (Gemensamt planerings- och ledningssystem)</b> <b>Mått/mål:</b> Vårt ledningssystem ska motsvara kraven i SOSFS 2011:9</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Under året uppdatera vårt ledningssystem GPS så att den bland annat motsvarar kraven i SOSFS 2011:9. Klart 1/4.</p> <p>Kommentar: <i>Ett förslag testas av verksamheterna och ytterligare förbättringar kommer att göras kontinuerligt.</i></p>	●	●	●
<p><b>Upprätta en kvalitetsberättelse</b> <b>Mått/mål:</b> Förbereda mall och anvisningar.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Ambitionen är att kvalitetsberättelsen ska integreras i vår GPS.</p> <p>Kommentar: <i>Är integrerad i vår GPS, se ovan. Vi fick besked när Socialstyrelsen var här i januari, att kvalitetsberättelsen kan ingå i verksamhetsberättelsen.</i></p>	●	●	●
<p><b>Ledningskraft för God och Säker vård</b> <b>Mått/mål:</b> Aktivitet enligt handlingsplan: Alla verksamheters ledningsgrupper ska under årets första månader delta i utbildningen. Denna genomförs i samverkan med primärvården, medicinsk diagnostik och kommunerna.</p>	●	●	●

<p>Kommentar: <i>Har genomförts med samtliga klinikers ledningsgrupper närvarande. Verksamheterna har därefter fortsatt med processkartläggning och förbättringsarbeten av minst en egen process för att säkra god och säker vård.</i></p>			
<p><b>Metodikum</b> <b>Mått/mål:</b> Arbeta för en decentralisering av Metodikum (träningscentrum) till Värnamo. Senast 1 april bör första utbildningarna ha startats.</p> <p>Kommentar: <i>Metodikum i Värnamo invigdes 7 mars. Från april månad tom december månad 2012 genomfördes 73 olika utbildningar i Värnamo Metodikums regi. Förutom dessa har en stor mängd HLR-utbildningar genomförts. Metodikum bidrar till ökad möjlighet för träning i simuleringsmiljö vilket leder till ökad patientsäkerhet.</i></p>	●	●	●
<p><b>Statistik från Cosmic/Diver/Synergi/Heroma</b> <b>Mått/mål:</b> Effektivare processer genom analys av tillgänglig statistik.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Utifrån verksamheternas behov ta fram exempel på analysrapporter.</p> <p>Kommentar: <i>Som ett stöd till verksamheten har lathundar för olika typer av rapporter tagits fram och finns publicerade på intranätet. (Utbildning i rapportuttag kommer att erbjudas under 2013). Till hjälp för att läsa produktions-/planeringsdata finns nu en första version av Lägesportalen, testpilot Kirurgkliniken i Värnamo.</i></p>	●	●	●
<p><b>Introduktion av nya medarbetare</b> <b>Mått/mål:</b> Säkerställa att alla nyanställda får tillgång till gällande lagstiftning och faktadokument.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Kartläggning av verksamheternas introduktionsprogram och checklistor. Standardisering av innehåll. Samordning inom Landstinget.</p> <p>Kommentar: <i>En läns-gemensam arbetsgrupp arbetar med att förbättra introduktionen av nya medarbetare. Förslaget innehåller en gemensam del t.ex. angående hygienrutiner, SYNERGI och patientsäkerhet. Varje förvaltning kommer att få ansvar för sin egen lokala introduktion. Det nya introduktionsprogrammet beräknas vara klart till halvårsskiftet.</i></p>	●	●	●
<p><b>Abstracts/posters/vetenskapliga artiklar/spridningsseminarier</b> <b>Mått/mål:</b> Delta med fem abstracts/poster vid regionala, nationella eller internationella konferenser.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan: Uppmuntra och stödja verksamheterna i att sprida goda resultat.</p> <p>Kommentar: <i>Under hösten genomfördes det årliga spridningsseminariet där verksamheterna visar sina förbättringsarbeten för varandra. Temat i år var processororienterad arbete och ett tjugotal processer</i></p>	●	●	●

<p>presenterades.</p> <p>Vid en gemensam internationell forskarfredag deltog Värnamo genom att bjuda in cirka 200 gymnasieelever till en workshop i aulan. Forskare med anställning på sjukhuset presenterade sina forskningsarbeten på ett populärvetenskapligt och mycket uppskattas vis.</p> <p>Tre postrar deltog i Utvecklingskraft 9-10 maj. Dialysenheten, Barn- och ungdomsenheten och Akuten/medicinkliniken. En poster var med vid konferensen för dialyssjuksköterskor i Uppsala maj 2012. Abstracts till internationell patientsäkerhetskonferens i London och poster till patientsäkerhetskonferensen i Stockholm har blivit accepterade.</p>			
<p><b>Erbjuda en god lärandemiljö för studenter och elever</b>  <b>Mått/mål:</b>  Minst 80 % ska vara nöjda eller mycket nöjda med sin VFU/prao/APU. Svarsfrekvensen skall vara minst 75 %.</p> <p>Svarsfrekvens från Hälsohögskolan  Nöjdhet från Hälsohögskolan  Svarsfrekvens från PRAO  Nöjdhet från Prao</p> <p>Kommentar:  Under VT 2013 hoppas vi få till en esMaker-enkät även för Vård- och omsorgseleverna.</p> <p>Vi har under året arbetat mycket för att uppmuntra studenterna, speciellt från Hälsohögskolan, att svara på skolans webbenkät. Vi försöker förbättra svarsfrekvensen genom att maila ut länken till utvärderingsenkäten och understryka vikten av att de svarar så att vi kan få ett kvitto på våra insatser i deras utbildning.</p> <p>All VFU vid Läkarprogrammet i Linköping utvärderas med ett webbaserat verktyg VFU-KURT. De resultat vi har tillgång till i januari 2013 baserar sig på vårterminen 2012. Vi har påpekat att utvärdering av terminen måste komma snabbt efter terminsslut. De 13 läkarstudenter som svarat på enkäten har gett Värnamo sjukhus i snitt 3,6 (av 5 möjliga). Högst betyg får bemötande från VFU-platsen (4,5).</p> <p>Under höstterminen 2012 har vi haft tre handledarträffar à 1 tim avstämning/lärande/utbyte av erfarenheter/info för Usk-handledare, ca 20-25st har kommit till dessa träffar.</p> <p>Under året har vi öppnat konto på Facebook för att nå bl.a. studenter/elever. Det är ett populärt sätt att skaffa information.</p>	<p>● 45 %  ● 94 %  ● 100 %  ● 98 %</p>	<p>● 52 %  ● 94 %  ● 100 %  ● 98 %</p>	<p>● 45 %  ● 95 %  ● 98 %  ● 99 %</p>
<p><b>Involvera studenter i förbättringsarbete</b>  <b>Mått/mål:</b>  Alla studenter ska minst en gång under utbildningstiden erbjudas att delta i kontinuerliga tvärprofessionella förbättringsarbeten.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:  Tas upp vid introduktionen och vid bedömningstillfällena.</p> <p>Respektive verksamhet bör ta fram plan för hur detta säkras.</p> <p>Kontakt tas med skolorna för att de ska ställa krav på förbättringsarbeten.</p> <p>Mallar med exempel på förbättringsarbeten tas fram och sprids.</p>	<p>●  ●  ●  ●  ●</p>	<p>●  ●  ●  ●  ●</p>	<p>●  ●  ●  ●  ●</p>

<p>Kommentar:  <i>Från och med 2012 har vi omfördelat tjänster inom personalavdelningen och på så sätt kunnat frigöra tid för en utbildningssekreterare som arbetar bl.a. med studenter och elever. Alla studenter får information i samband med introduktionen om att vi vill att de deltar i förbättringsarbeten. Några enheter bl.a. medicinkliniken och SamRehab har under året kunnat erbjuda studenter att delta i förbättringsarbeten.</i></p>			
---	--	--	--

## 5. Medarbetarperspektiv

Friska medarbetare med eget driv tillsammans med stöttande chefer är en förutsättning för goda resultat. Goda resultat tillsammans med goda arbetsplatser gör Värnamo sjukvårdsområde attraktivt att arbeta i.

Hälso- och arbetsmiljöarbetet har främst fokuserats på projekt inom hälsofrämjande och rehabilitering. Projektet ”Hälsofrämjande arbetsplats” är avslutat, utvärderat och en rapport är klar. I planeringen finns ett successivt breddinförande av Hälsofrämjande arbetsplats.

För att trimma rehabiliteringsprocessen har uppföljning av projektet ”Upprepad sjukfrånvaro” skett tillsammans med arbetsmiljöenheten. Vid sjukfrånvaro sex gånger eller fler per år genomförs obligatoriska trepartsmöten inom ramen för projektet. Projektet kommer att fortsätta fram tills dess att rehabiliteringsprocessen har reviderats.

Målet för frisknärvaro nås (mål >66 procent) precis. Sjukfrånvaron för 2012 har minskat under året till 3,2 procent (mål <3,5 procent).

Utbildningar har genomförts för chefer, skyddsombud och hälsoinspiratörer. Implementering av en ny jämställdhetsplan har genomförts. Revidering av jämställdhetsplanen har påbörjats.

Vissa specialistområden för läkare är mycket sårbara och är ofta svåra att rekrytera till. Inom exempelvis kardiologi har vi ännu inte fullbemannat på specialistnivå liksom inom ortopedi på underläkarnivå. ST- och utlandsrekrytering är ofta den enda vägen att rekrytera specialister. Under året har kardiolog, anesthesiolog, kirurg och urolog rekryterats från utlandet. Ytterligare utlandsrekryteringar pågår. Sista delen av året har vi dock lyckats rekrytera tre mycket erfarna specialister från Kronobergs län.

Utbildningar har anordnats kring lagar och förordningar inom hälso- och sjukvård för utlandsrekryterade läkare och tandläkare. Totalt deltog 17 läkare, varav 13 från Värnamo sjukhus.

Under hösten 2011 och våren 2012 genomfördes en pilotutbildning för utlandsrekryterade tandläkare och läkare med syfte att höja kompetensen i svenska språket. Efter utvärdering av pilotutbildningen startade två nya kurser under hösten, varav en i Värnamo. På denna kurs deltar 14 personer, varav 12 är specialister från Värnamo sjukhus.

Bemanning av andra yrkesgrupper har under året varit extra svårt vad gäller specialistsjuksköterskor inom operation, IVA och psykiatri samt psykologer och audionomer. Rekryteringar och vidareutbildning till specialistsjuksköterskor

pågår, vilket förhoppningsvis ger ett bättre läge under 2013. Under senare delen av 2012 har vi sett tecken på ett minskat söktryck vad gäller grundutbildade sjuksköterskor.

Fyra nya verksamhetschefer har rekryterats under året.

Antal årsarbetare har minskat med 14. Minskningen beror i huvudsak på neddragning av vårdplatser vid geriatriska rehabiliteringskliniken och reducering av medarbetare vid psykiatriska kliniken. I första hand berörs undersköterskor och skötare. Fortsatt minskning har även skett inom serviceenheten. Eftersom sjukfrånvaron har minskat blir den verkliga minskningen av antal årsarbetare ”bara” 10,9.

Fyra övertaliga undersköterskor från Bra Liv har placerats inom Värnamo sjukvårdsområde att hanteras tillsammans med sjukvårdsområdets egna inte fast placerade. De övertaliga undersköterskorna från Bra Liv ingår numera i sjukvårdsområdets årsarbetare.

Ett arbete har genomförts med att se över processer och organisation inom personal- och ekonomiavdelningarna utifrån Landstingets ”Kraftsamling” 2012. Ett antal processgrupper har under hösten arbetat intensivt med kartläggning och förbättringar med aktiv medverkan av medarbetare från personal- och ekonomiavdelningarna.

Personalomsättningen visar antalet avgångar i förhållande till det genomsnittliga antalet anställda på årsbasis. Under 2012 ökade personalomsättningen med 1,4 procentenheter från 4,8 procent (2011) till 6,2 procent, eller uttryckt på ett annat sätt, från 58 till 74 personer.

De största avgångsorsakerna är pension/dödsfall (34 personer under 2012 och 31 personer under 2011), till anställning i annat landsting (16 personer under 2012 och 9 personer under 2011), egen uppsägning av okänd orsak (11 personer under 2012 och 10 personer under 2011).

Förflyttning till annan förvaltning inom landstinget ingår inte i personalomsättningen, men under 2012 gjorde 25 anställda en sådan förflyttning. Motsvarande siffra för 2011 var 17 medarbetare. De verksamheter som tappade flest medarbetare till andra förvaltningar var medicinkliniken (5 personer) och kirurgkliniken (5 personer).

Tabell 6: Personalredovisning 2010-2012

	Utfall 2010	Utfall 2011	Utfall 2012	Förändring 2012-2011
1. Årsarbetare (visstids-, tillsvidare- och timanställda)	1 233,4	1 237,0	1 223,0	- 14
2. Sjukfrånvaro och övrig frånvaro (visstids- och tillsvidareanställda årsarbetare)	165,8	167,2	164,1	- 3,1
3. Summa faktiska årsarbetare (p.1-p.2)	1 067,7	1 069,8	1 058,9	- 10,9
4. Genomsnittlig sysselsättningsgrad, tillsvidareanställda	92,5	92,2	92,2	0
5. Personalomsättning	3,1	4,8	6,2	1,4

Värdering av mål: ●ej uppfyllt ●delvis uppfyllt ●uppfyllt  
 Värdering av aktivitet: ●ej påbörjad ●pågående ●genomförd

Tabell 7: Redovisning av resultat för mål och mått samt status av handlingsplan

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat/ Status Tertial 3
<p><b>Medarbetarsamtal</b>  <b>Mått/mål:</b>            Minst 90 procent ska ha medarbetarsamtal.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:            Säkerställa processen kring medarbetarsamtal. Uppföljning ska ske månadsvis.</p> <p>Kommentar:  <i>Eftersom uppföljning sker månadsvis kan man snabbt se om någon enhet inte uppfyller målet, och i så fall vidta åtgärder.</i></p>	● 95 %	● 90 %	● 93 %
<p><b>Kompetensutvecklingsplaner</b>  <b>Mått/mål:</b>            Minst 75 procent ska ha en dokumenterad kompetensutvecklingsplan.            Mål 2012: 75 procent            Mål 2013: 90 procent</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:            Ett pilotprojekt startas inom kvinnokliniken för att utveckla kompetensutvecklingsplaner för verksamheterna, inte enbart för individerna.</p> <p>Säkerställa processen kring individuella kompetensutvecklingsplaner.</p> <p>Kommentar:  <i>Nästa år är målet för medarbetarsamtal och värdet på kompetensutvecklingsplan lika.            Arbeta med kompetensförsörjningsplan vid kvinnokliniken pågår och kartläggning har gjorts. Arbetet är inte klart, omprioriteringar har gjorts till förmån för kraftsamling. Fyra medarbetare har deltagit i olika processgrupper under hösten.</i></p>	● 88 %	● 80 %	● 82 %
<p><b>Schemaläggning utifrån produktionsbehov</b>  <b>Mått/mål:</b>            Aktivitet enligt handlingsplan:            Jämförelse med de mest effektiva såväl internt som externt. Ta fram nyckeltal. Anpassa verksamheten.            Två pilotenheter.            Utnyttja Heromas möjligheter.</p> <p>Kommentar:  <i>Kirurgkliniken är pilotenhet vid införandet av Lägesportalen. Diskussion pågår i PC-kollegiet.</i></p>	●	●	●
<p><b>Möjliggöra och stimulera personalsamverkan över verksamhetsgränserna</b>  <b>Mått/mål:</b>            Aktivitet enligt handlingsplan:            Utveckla förutsättningarna för ökad personalrörlighet mellan verksamheterna.            Starta en arbetsgrupp inom området.</p>	●	●	●





<p>Kommentar: Tillsammans med arbetsmiljöenheten har aktiviteter för att trimma rehabiliteringsprocessen presenterats vid chefsforum. Vid sjukfrånvaro sex gånger eller fler per år genomförs obligatoriska trepartsmöten inom ramen för projektet "Upprepad sjukfrånvaro". Efter beslut i samverkansgruppen har projektet fortsatt året ut med ny utvärdering.</p>			
<p><b>Medarbetarskap/ledarskap</b> <b>Mått/mål:</b> Aktivitet enligt handlingsplan: Utbildningsinsatser för linjechefer, för en gemensam värdegrund kring medarbetarskap/ledarskap, en fortsättning av projektet "Friska medarbetare med eget driv och ansvar". Genomförs tillsammans med utvecklingsenheten.</p> <p>Kommentar: Utbildning har genomförts inför ett införande av hälsofrämjande arbetsplatser.</p>	●	●	●
<p><b>Chefsförsörjning</b> <b>Mått/mål:</b> Aktivitet enligt handlingsplan: Identifiera och utbilda intresserade medarbetare till att bli chefer. Uppmuntra dem att delta i olika förbättringsarbeten och projekt. Samverka med Qulturum och centrala personalavdelningen kring utveckling av modeller.</p> <p>Kommentar: ST-läkare andra intresserade uppmanas att söka masterprogrammet liksom andra utbildningar för att arbeta med förbättring. Inom Qulturums ledarutvecklingsprogram har tio personer påbörjat sin utbildning. Utvecklingschef och personalchef har deltagit i utveckling av programmen och som coacher. Inventering av chefsämnen har påbörjats. Arbete med chefsförsörjning måste ständigt pågå och blir aldrig klart.</p>	●	●	●

## 6. Ekonomiskt perspektiv

Vi arbetar ständigt för att effektivisera verksamheten genom att fokusera på det som skapar värde för patienter/närstående och genom att ta bort det som inte gör det.

Trots ökad produktion och därmed ökade röntgen- och labbkostnader samt ett sparmål på 0,5 % har sjukvårdsområdet lyckats göra ett positivt ekonomiskt resultat på 5,2 mkr.

Värdering av mål: ●ej uppfyllt ●delvis uppfyllt ●uppfyllt  
Värdering av aktivitet: ●ej påbörjad ●pågående ●genomförd

Tabell 8: Redovisning av resultat för mål och mått samt status av handlingsplan

Mått/Aktivitet	Resultat/ Status Tertial 1	Resultat/ Status Tertial 2	Resultat/ Status Tertial 3
<p><b>Hålla budgetramarna</b> <b>Mått/mål:</b> Kontinuerlig översyn och effektivisering av processerna. Varje</p>	●	●	●

<p>verksamhetsområde ska hålla sin budget.</p> <p>Aktiviteter enligt handlingsplan:          Ekonomiavdelningen stödjer genom:          - aktiv medverkan av controller och via tydlig behovsanpassad rapportering          - snabb återföring av observerade avvikelser mot budget          - särskild uppmärksamhet åt kostnadsdrivande poster såsom personal, läkemedel, radiologi och lab.</p> <p>Kommentar:  <i>Effektivisering av processer måste ständigt fortgå oh blir aldrig "grönt". Dialoger med klinikerna (ledningsgruppen) om hur vi kan lösa uppkomna underskott genomförs regelbundet. Tillgången på framförallt läkare inom respektive verksamhet bidrar till att en enhet har överskott ett år och underskott ett annat. Kliniker med stora underskott är medicinkliniken och kirurgkliniken.</i></p>	●	●	●
<p><b>Kostnad per DRG-poäng</b>  <b>Mått/mål:</b>          Minska eller åtminstone behålla kostnaden per DRG-poäng i fast prisindex.</p> <p>Aktiviteter enligt handlingsplan:          - öka DRG-poängen med speciellt fokus på GRK och psykiatri          - jämföra sjukvårdskostnad per invånare med andra länsdels-sjukhus, till exempel Eksjö</p> <p>Kommentar:  <i>Kostnaden per DRG i somatisk vård har minskat med 2,7 procent jämfört med samma period föregående år räknat i fast pris.</i></p> <p><i>Genomgång med GRK avseende DRG-kodning har genomförts under våren 2012. En jämförelse med Eksjö visar att Värnamo sjukvårdsområde har en lägre kostnad per invånare. Detta gäller dock inte lokalkostnader. DRG-poängen minskar generellt på grund av nytt DRG-system.</i></p>	●	●	●
<p><b>Kvalitetsersättningsystem</b>  <b>Mått/mål:</b>          Varje enhet ska genom aktiva åtgärder se till att sjukhuset får full ersättning.</p> <p>Kommentar:  <i>Full ersättning är 15,3 mnkr. För 2012 får sjukvårdsområdet 1,8 mnkr mindre. Sjukvårdsområdet förlorar ersättning inom följande kvalitetsmått: tillgänglighet (-932 tkr, framför allt sommaren), väntetid till akutmottagning (-465 tkr), andel behandlade med trombolys vid stroke (-309 tkr), vårdprevention (-78 tkr) samt rätt klädd (-62 tkr).</i></p>	●	●	●
<p><b>Interna debiteringar</b>  <b>Mått/mål:</b>          Minska antalet debiteringar som sker enligt schablonfördelning.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:          Se över den interna debiteringsmodellen. Verksamheten ska ta beslut om resursökning/minskning utifrån god hushållning inom den budgetram som verksamheterna disponerar.</p> <p>Kommentar:  <i>Ett antal områden har lagts ut i ramen utifrån nuvarande utfall. Det vill säga att ramen mellan åren endast har ökat med Landstingets indexuppräknning, vilket betyder att utökningar direkt "drabbar" kliniken. I klinikernas ramar för 2012 har ovan</i></p>	●	●	●

<p><i>genomförts inom områdena IT och tele. För 2013 blir det generellt.</i></p>			
<p><b>Läkemedelsdialoger</b>  <b>Mått/mål:</b>  Säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:  Ekonomiavdelningen stödjer genom:  - att ha en aktiv roll i förvaltningens läkemedelsgrupp  - att läkemedelsgruppen tillsammans med klinikerna ska fastställa handlingsplaner som ska leda till effektiv läkemedelsanvändning</p> <p>Kommentar:  <i>Läkemedelsdialoger har genomförts inom samtliga kliniker. Se vidare under process/produktutveckling.</i></p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>	<p>●</p> <p>●</p>
<p><b>Betalningstjänster via nätet</b>  <b>Mått/mål:</b>  Underlätta för patienterna vid kontakt med sjukvården, samt ökad kostnadseffektivitet i samband med bokning och betalning.</p> <p>Aktivitet enligt handlingsplan:  Utreda patienternas möjligheter att betala och ändra tid via nätet och/eller via betalningsautomater (datorer) på sjukhuset.</p> <p>Kommentar:  <i>Försök med webbtidbok pågår. Landstinget har ännu inte ett system som klarar betalning via nätet.</i></p>	<p>●</p>	<p>●</p>	<p>●</p>

## 6.1 Resultatutveckling

Tabell 9: Ekonomisk översikt – exklusive förvaltningsinterna kostnader och intäkter

Intäkt/Kostnad	Utfall Helår 2010	Utfall Helår 2011	Utfall Helår 2012	Förändring Helår 2012-2011
Patientintäkter (kgrp 30)	16,7	17	19,1	+2,1
Övriga intäkter (kgrp alla övr 3X)	77,7	73,1	76,3	+3,2
<b>Summa intäkter</b>	<b>94,4</b>	<b>90,1</b>	<b>95,4</b>	<b>+5,3</b>
Personalkostnader (kgrp 40 o 41)	413,9	426,4	433,6	-7,2
Hyrläkare (konto 5559)	4,6	6,4	10,4	-4
Läkemedel inkl rabatter (konto 5611, 5613, 5694)	65,8	66,2	66,2	0
Köpt vård (konto 5111)	37,5	32,8	32,8	0
Övriga kostnader (övriga kostnadskonto)	485,7	490,7	503,3	-12,6
<b>Summa kostnader</b>	<b>1 007,5</b>	<b>1 022,5</b>	<b>1 046,3</b>	<b>-23,8</b>
<b>Nettokostnad</b>	<b>913,1</b>	<b>932,3</b>	<b>950,9</b>	<b>-18,6</b>
Budget	913,1	930,8	956,1	+25,3
<b>Resultat</b>	<b>0</b>	<b>-1,5</b>	<b>5,2</b>	<b>+6,7</b>

Verksamheten har under 2012 genererat ett budgetöverskott om 5,2 mnkr (föregående år underskott 1,5 mnkr). Budgetöverskottet beror huvudsakligen på en försiktig kostnadsutveckling för de stora kostnadsposterna såsom löner, köpt vård och läkemedel. Faktiska årsarbetare har under 2012 minskat med 10,9 st jämfört med föregående år. Totalt har nettokostnaden under 2012 ökat med 2 procent jämfört med föregående år. Sjukvårdsområdet har för 2012 arbetat in ett sparkrav om 5 mnkr.

### Intäkter

Intäkterna har under 2012 ökat med 3,7 mnkr (exklusive kvalitetsersättningen) jämfört med föregående år. Intäkter avseende patientavgifter ökade med 2 mnkr. Intäkter avseende klinikfärdiga patienter har minskat med 1,1 mnkr.

Under 2012 har 15,3 mnkr erhållits som kvalitetsersättning. 1,8 mnkr saknas jämfört med budget och avdrag i ursprunglig budget.

### Lönekostnader

Lönekostnader exklusive sociala avgifter har ökat med 1,7 procent. Antalet faktiska årsarbetare har i genomsnitt minskat med 10,9 jämfört med samma period föregående år. Jämfört med budget redovisas ett överskott på 16 mnkr inkluderat hyrläkare (föregående år överskott 12,1 mnkr). Förändringen mellan åren beror på minskade faktiska årsarbetare. Se vidare under avsnittet Medarbetare.

### Köpt vård

Kostnaden för köpt vård har under året uppgått till 32,8 mnkr (föregående år 32,7 mnkr). Kostnaden för akut och valfri vård har minskat med 1,3 mnkr jämfört med föregående år. Kostnaden för remitterad vård har ökat med 0,6 mnkr.

Kostnaden för dyra patienter har ökat med 0,8 mnkr. Jämfört med budget redovisas ett överskott på 2 mnkr för köpt vård.

### **Hyrläkare**

Kostnaden för hyrläkare har under året uppgått till 10,4 mnkr (föregående år 6,4 mnkr). Hyrläkare har anlitats främst inom medicinkliniken (6,7 mnkr) och barn- och ungdomsmottagningen (1,6 mnkr). Detta för att täcka vakanser men även för att nå tillgänglighetsmålen.

### **Läkemedelskostnader**

Läkemedelskostnaderna har varit oförändrade jämfört med samma period föregående år. Kostnaderna inklusive rabatt uppgick 2012 till 66,2 mnkr (föregående år 66,2 mnkr). Rabatten har ökat med 1 mnkr jämfört med föregående år. Sjukvårdsområdet har under året påbörjat en ny behandling (läkemedlet Lucentis) inom specialitet ögon. Läkemedelskostnaden för denna nya behandling uppgår till 2,1 mnkr.

Jämfört med budget redovisas ett överskott på 7,8 mnkr.

### **Lab och röntgen**

Kostnader för lab-service (exklusive radiologi) har under 2012 ökat med 1,9 mnkr (4,1 procent) jämfört med 2011. Kostnaden för radiologi har ökat med 3,4 mnkr (7 procent) jämfört med helår föregående år. Landstingets budgetuppräknig mellan åren uppgår till 2,6 procent. Sjukvårdsområdet har erhållit en reducering av prishöjningen för köp av tjänster avseende lab och röntgen om 5 mnkr för 2012, som ändå är inräknad i ovanstående.

Ökningen av antalet röntgenundersökningar är 2 133 (6,9 procent). Specialitet kirurgi står för en ökning med 1 241 undersökningar (15 procent). Jämfört med budget redovisas ett underskott avseende lab om 7,9 mnkr och för radiologi ett underskott om 8,6 mnkr.

### **Övrigt**

Kostnaden per DRG i somatisk vård har minskat med 2,7 procent jämfört med samma period föregående år räknat i fast pris. Landstinget totalt har ökat kostnaden per DRG med 2,2 procent. Förklaringen till att Värnamo sjukvårdsområde minskar kostnaden per DRG inom somatisk vård är en kostnadsutveckling som är lägre än prisutvecklingen. I fast pris minskar Värnamo sjukvårdsområde kostnaderna med 2,5 procent. Landstinget totalt ökar kostnaderna med 0,5 %.

## 6.2 Kvalitetsersättning

Tabell 10: Kvalitetsersättning

Kvalitetsersättning, intäktskrav:	Tertial 2	Helår
	Belopp mnkr	Belopp mnkr
Maximal ersättning	11,4	17,1
Erhållen ersättning	10,3	15,3
Förlorad ersättning	1,1	1,8
Kommentarer: <i>Ersättningen för 2012 understiger full ersättning med 1,8 mnkr. Sjukvårdsområdet förlorar ersättning inom följande kvalitetsmått: Tillgänglighet (-932 tkr), väntetid till akutmottagning (-465 tkr), andel behandlade med trombolys vid stroke (-309 tkr), vårdprevention (-78 tkr) samt rätt klädd (-62 tkr)</i>		

## 6.3 Åtgärdsplan

Tabell 11: Åtgärdsplan

Åtgärd/aktivitet (belopp i mnkr)	Ekonomiska effekter 2012	Ekonomiska effekter 2013	Status
Värnamo sjukvårdsområde ser ut att förlora ersättning budgetåret 2013. Effekterna av det nya ersättningsystemet är dock ännu inte tillräckligt kända och validerade för att det skall vara möjligt att bestämma en åtgärdsplan.	0	0	
<b>Summa mnkr</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

## VÄRNAMO SJUKVÅRDSOMRÅDE

Ann-Christine Johansson  
Sjukvårdsdirektör

Håkan Stridsberg  
Ekonomichef