

Mötesbok: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (2017-03-15)

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Datum: 2017-03-15

Plats: Skaraborgs Sjukhus Falköping, Konferensrum Oden

Dagordning

Kallelse

Kallelse Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2017-03-15	3
--	---

Beslutsärenden

§ 10 Utvärdering avtal laboratorietjänster 2017	5
§ 11 Tilläggsöverenskommelse 2017 sjukskrivnings - och rehabiliterings	8
§ 12 Justerad lokalinvestering nybyggnation Skövde	12
§ 13 Remiss - motion om att ansluta sig till 100 million lives	16
§ 14 Granskningsrapport från Revisorskollegiet Granskning vård till as	22
§ 15 Granskningsrapport - Ändamålsenlighet i regionens investeringspro	52

Delegeringsärenden

Beslut om avslag på begäran om allmän handling	73
Tillämpningsbeslut - Klassificeringsstruktur för Skaraborgs Sjukhus	76
Ändrad inriktning på mellanvårdsavdelning SkaS Mariestad	77
Sjukhusdirektörens vidaredelegering	78

Anmälningssärenden

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Regional styr- och samordningsf	83
Regionfullmäktiges beslut Regional utvecklingsplan för barn- och ungdom	94
Beslut från regionstyrelsen 2017-02-07, § 22, Kriskommunikationsplan	135
Östra hälso- och sjukvårdsnämndens beslut Tilläggsöverenskommelse 201	162

Information

Utvärdering av mellanvårdsavdelning SkaS Mariestad	169
Närsjukvårdscentrum SkaS Mariestad	170
Omställningsarbete	171
Revidering av delegationsordning	172
Komplettering av vårdöverenskommelse 2017, bilaga 2a och 2b	173
Ekonomisk rapport	174

Kallelse/Föredragningslista**Sammanträde med Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 15 mars 2017**

Plats: Skaraborgs Sjukhus Falköping, Konferensrum Oden

Tid: Kl. 13:00 - 16:00

Om du inte har möjlighet att närvara vid sammanträdet, meddela detta snarast till Lisbeth Fernow, epost lisbeth.jinnestal_fernow@vgregion.se

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare
- Justeringsdatum
- Eventuella beslut om närvarorätt
- Eventuella beslut om yttranderätt

Beslutsärenden

1. Utvärdering avtal laboratorietjänster 2017
Diarienummer SKAS 2017-00161
Eva Sundström
2. Tilläggsöverenskommelse 2017 sjukskrivnings - och rehabiliteringsåtgärder
Diarienummer SKAS 2017-00057
Marga Brisman
3. Justerad lokalinvestering nybyggnation Skövde
Diarienummer SKAS 2017-00178
Eva Sundström, Åsa Ranbro Jansson
4. Remiss - motion om att ansluta sig till 100 million lives
Diarienummer SKAS 2016-00813
Marga Brisman
5. Granskningsrapport från Revisorskollegiet Granskning vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd
Diarienummer SKAS 2016-00823
Marga Brisman
6. Granskningsrapport - Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess
Diarienummer SKAS 2017-00133
Åsa Ranbro Jansson
7. Övriga frågor

Delegeringsärenden

1. Beslut om avslag på begäran om allmän handling
Diarienummer SKAS 2017-00119
2. Tillämpningsbeslut - Klassificeringsstruktur för Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SKAS 2016-00653
3. Ändrad inriktning på mellanvårdsavdelning SkaS Mariestad
Diarienummer SKAS 2016-00694
4. Sjukhusdirektörens vidaredelegering
Diarienummer SKAS 2017-00130

Anmälningensärenden

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Regional styr- och samordningsfunktion för ökad tillgänglighet
Diarienummer SKAS 2017-00083
2. Regionfullmäktiges beslut Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri
Diarienummer SKAS 2017-00150
3. Beslut från regionstyrelsen 2017-02-07, § 22, Kriskommunikationsplan för Västra Götalandsregionen 2017-2018
Diarienummer SKAS 2017-00162
4. Östra hälso- och sjukvårdsnämndens beslut Tilläggsöverenskommelse 2017 om ersättning för produktion över takvolym, så kallat brutet tak
Diarienummer SKAS 2017-00094

Information

- A. Utvärdering av mellanvårdsavdelning SkaS Mariestad,
Jörgen Thorn
- B. Närsjukvårdscentrum SkaS Mariestad
Eva Sundström, Jörgen Thorn
- C. Omställningsarbete
Jörgen Thorn
- D. Revidering av delegationsordning
Jörgen Thorn
- E. Komplettering av vårdöverenskommelse 2017, bilaga 2a och 2b
Åsa Ranbro Jansson
- F. Ekonomisk rapport
Åsa Ranbro Jansson

Ulla-Britt Hagström
Ordförande

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-06

Diarienummer SKAS 2017-00161

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Tommy Johansson

Telefon: 070 – 227 23 56

E-post: thommy.johansson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Utvärdering avtal laboratorietjänster 2017

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus uppdrar åt förvaltningschefen att ta fram ett underlag för ställningstagande om den framtida laboratorie- laborieverksamheten vid Skaraborgs Sjukhus. Underlaget ska redovisa för och nackdelar om laborieverksamheten organiseras i egen regi alternativt fortsatt ska upphandlas.

Sammanfattning av ärendet

Sedan 1992 har laborieverksamheten varit upphandlad för Skaraborgs sjukhus. År 2012 gjordes en förnyad upphandling för Laboratorietjänster för Skaraborgs sjukhus. Sjukhusstyrelsen beslutade 2015-12-10, efter regional avstämning, att förlänga nuvarande avtal till den 31 januari 2020. Detta innebär att ställningstagande behövs kring hur laborieverksamheten ska organiseras under 2017.

Sjukvården står inför många utmaningar under de närmaste åren. Högre krav ställs på delaktighet och var åtgärder/behandling utförs. Det innebär att behovet av laboriemedicinsk diagnostik kommer att förändras.

Andra områden där utredning pågår för diagnostikområdet är inom arbetet med omställning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Detta arbete utgår från att få en likvärdig verksamhet och funktion inom diagnostikområdet för sjukhusen Västra Götalandsregionen.

Dessa utvecklingsområden kommer vägas in i utvärderingen och ställningstagande av organisation för laboriemedicin inom Skaraborgs sjukhus.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Bakgrund

Sedan 1992 har laborieverksamheten varit upphandlad för Skaraborgs Sjukhus (SkaS). År 2012 gjordes en förnyad upphandling. Upphandlingens syfte har varit att ge SkaS en effektiv och rationell laboriefunktion som tillgodoser sjukhusets behov av laboriemedicinsk kompetens, analyssvar för diagnostik samt säkerställande av blodförsörjning.

Tidplan nuvarande avtal

Avtalet som tecknades mellan SkaS och Unilabs AB gäller från 1 februari 2012 till 31 januari 2017 med möjlighet till förlängning under 36 månader. Sjukhusstyrelsen beslutade 2015-12-10, efter regional avstämning, att förlänga nuvarande avtal till den 31 januari 2020. Detta innebär att ställningstagande behövs kring hur laboratorieverksamheten ska organiseras under 2017.

Preliminär tidplan för arbetet

Tidsperiod	Aktivitet	Upphandling	Egen regi
Våren 2017	Utvärdering nuvarande avtal		
September 2017	Beslut kring upphandling eller övertagande i egen regi		
Höst 2017		Framtagande av beslutsunderlag	-
Vår 2018		Genomförande av upphandling	-
Oktober 2018		Beslut om leverantör	
Höst 2018 – 2019		Ev tid för övertagande av beslutad leverantör	Planering och övertagande av verksamheten i egen regi

Nuvarande avtal

Uppdraget

Uppdraget avser laboratorieverksamhet inom specialiteterna klinisk kemi, transfusionsmedicin, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik, klinisk cytologi och klinisk patologi inklusive obduktion samt bårhusverksamhet. Laboratoriefunktionen skall vara en väl integrerad del i sjukvården.

Kvalitetskrav

För verksamheten gäller Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Leverantören skall bedriva laboratorieverksamheten enligt gällande lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd för denna typ av verksamhet, liksom krav och principer enligt Socialstyrelsens m fl. centrala myndigheters anvisningar.

Vidare skall leverantören följa Västra Götalandsregionens föreskrifter inom hälso- och sjukvård. Leverantören skall vara väl insatt i måldokument, riktlinjer och policyer som är beslutade av regionfullmäktige, regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt hälso- och sjukvårdsnämnden. Övergripande dokument finns på Västra Götalandsregionens hemsida, www.vgregion.se

Leverantören skall även gentemot myndigheter och andra fullgöra de skyldigheter som verksamheten erfordrar vid varje tillfälle

Samverkan i verksamheten

I samband med ställningstagande om dåvarande avtal skulle förlängas till den 1 februari 2020 fick under våren 2015 samtliga verksamhetschefer och processchefer ge sina synpunkter på avtalet.

Utifrån inkomna svar och dialog med verksamheten kan man tolka att man i huvudsak är nöjd med laboratieverksamheten i sin helhet. Men det finns en förbättringspotential som man kan arbeta vidare med.

Samverkan med laboratieverksamhet inom regionen

Sjukvården står inför många utmaningar under de närmaste åren. Flera aspekter kommer att påverka oss, vårdval, en allt äldre befolkning och en yngre mer mobil och mer interaktiv patientgrupp. Högre krav ställs på delaktighet och var åtgärder/behandling utförs. Det innebär att behovet av laboratiemedicinsk diagnostik kommer att förändras, för att anta dessa nya utmaningar. Dessutom utvecklas diagnostiken och dess medicintekniska möjligheter allt snabbare, flera områden är utmanande att förutse t ex patientnära analysverksamhet.

Utveckling och delaktighet inom diagnostikområdet

Inom Västra Götalandsregionen pågår arbete som ska leda till ökad samordning inom diagnostikområdet där laboratiemedicin ingår som en del. För att leda och styra denna samordning finns ett diagnostikråd kopplad till koncernledning hälso- och sjukvård.

Andra områden där utredning pågår för diagnostikområdet är arbetet med omställning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Detta arbete utgår från att tillskapa en likvärdig verksamhet och funktion inom diagnostikområdet för sjukhusen i Västra Götalandsregionen.

Dessa utvecklingsområden kommer att vägas in i utvärderingen och ställningstagande av organisation för laboratiemedicin inom SkaS.

Beredning

2017-01-21 SkaS ledningsgrupp verksamhet
2017-02-27 SkaS MBL-grupp
2017-03-01 SkaS presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Stf sjukhusdirektör/servicechef

Besluten skickas till

- Eva Sundström
- Tommy Johansson

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-06

Diarienummer SKAS 2017-00057

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Eva Sundström

Telefon: 070-240 17 13

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Tilläggsöverenskommelse 2017:3 sjukskrivnings- och rehabiliteringsåtgärder

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner tilläggsöverenskommelsen 2017:3 kring ersättning för sjukskrivnings- och rehabiliteringsåtgärder.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade den 28 september 2016 om en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess 2017, HS 2016-00596. Till hälso- och sjukvårdsnämnderna avsattes medel för insatser främst inom områdena smärtrehabilitering, rehabiliteringskoordinering och lokala utbildnings- och utvecklingsinsatser.

Ersättningsutrymme

Ersättningen 2017 till SkaS är totalt 3 950 000 kronor och finansieras via det statsbidrag som hälso- och sjukvårdsnämnderna får för att utveckla en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess

Uppföljning

En verksamhetsberättelse för 2017 lämnas senast den 19 januari 2018. Den ska innehålla en beskrivning av vilka aktiviteter/åtgärder som gjorts under året inom respektive åtagande.

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
SjukhusdirektörEva Sundström
Stf sjukhusdirektör

Bilaga

- Tilläggsöverenskommelse 2017:3 med östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborg sjukhus avseende sjukskrivnings- och rehabiliteringsåtgärder.

Besluten skickas till

- Dialoggruppen för vårdöverenskommelse
- Sjukhusledning verksamhet
- Sjukhusledning stab

Överenskommelse 2017 för insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen på Skaraborgs Sjukhus

Parter

Östra hälso-och sjukvårdsnämnden och styrelsen Skaraborgs Sjukhus (SkaS)

Tidsperiod

1 januari- 31 december 2017.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade den 28 september 2016 om en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess 2017, HS 2016-00596. Till hälso- och sjukvårdsnämnderna avsattes medel för insatser främst inom områdena smärtrehabilitering, rehabiliteringskoordinering och lokala utbildnings- och utvecklingsinsatser.

Åtaganden för SkaS

SkaS har en handlingsplan för hur de ska arbeta med en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess under 2017 se bilaga 1.

I denna överenskommelse ersätts SkaS under 2017 med totalt 3 950 000 tkr för följande åtaganden

1. Funktion för rehabiliteringskoordinering

SkaS ska ha en funktion för rehabiliteringskoordinering. Rehabiliteringskoordinatoren (RK) ska medverka till att utveckla förbättrade rutiner och metoder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

SkaS rehabiliteringskoordinatorsfunktion har funnits ett antal år. Funktionen är framgångsrik och ses som det främsta verktyget för att utveckla insatser som gagnar patientens möjlighet att kvarstanna/återgå i arbete. Pågående förändringsarbete syftar till att säkra rätt insats från rätt aktör i rätt tid. Vidare att samverkan med externa aktörer blir en självklar del av ett framgångsrikt utvecklingsarbete. Korrekta medicinska underlag tillsammans med individuella vård- och rehabiliteringsplaner där patient och arbetsgivare tidigt involveras.

2. Processstöd

Det ska finnas en funktion för processledning. Processledaren ska leda och stödja arbetet med att kvalitetssäkra och effektivisera rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen på sjukhuset samt verka för utvecklad samverkan med andra aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.

Ekonomi

Ersättningen 2017 till SkaS är totalt 3 950 000 kronor och finansieras via det statsbidrag som hälso- och sjukvårdsnämnderna får för att utveckla en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings-och sjukskrivningsprocess¹.

¹ En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017

SkaS ersätts för;

	Tjänst	Tkr
Rehabiliteringskoordinator	5,1	3 134
Processledare	1	816
summa		3 950

Beloppet faktureras månadsvis i tolfte delar. På fakturan till östra hälso- och sjukvårdsnämnden anges beställar - ID 8022 och produktkod 57153

Uppföljning sjukskrivning

En verksamhetsberättelse för 2017 lämnas senast den 19 januari 2018.

I verksamhetsberättelsen ska redogöras för rehabiliteringskoordinatorernas arbete. Här ska också statistik på kliniknivå redovisas och analyseras.

- Antalet pågående sjukskrivningar vid årets början och slut
- Antal patienter som varit föremål för rehabkoordinering
- Sjukskrivning/rehabkoordinering ska också redovisas, förutom avseende kön och ålder, utifrån diagnosgrupp och sjukskrivningsgrad -hel/deltidssjukskrivning

Västra Götaland i februari 2017

Gunilla Druve Jansson
Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden

Ulla-Britt Hagström
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Leena Ekberg
Ansvarig tjänsteman
Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-06

Diarienummer SKAS 2017-00178

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Eva Sundström

Telefon: 070-240 17 13

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Justerad lokalinvestering nybyggnation Skövde

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner justerat förslag till placering av serviceblockets enheter.

Sammanfattning av ärendet

Vid projektering och framtagande av behovsanalys av serviceblockets enheter föreslogs en ny vårdbyggnad operation samt att ombyggnad skulle ske av befintliga lokaler för att inrymma postop, IVA samt delar av radiologiverksamheten.

Vid genomgång av interna patient-, personal- och materialflöden har en justerad placering föreslagits som innebär en påbyggnad av ny byggnad för akutmottagning. Denna lösning innebär förbättrade samband för operation, postop och IVA med övriga akutenheter. Förslaget möjliggör även bättre samband mellan sjukhusets nuvarande huvudentré och planerad akutentré.

Totala tidplanen för ny- och ombyggnationerna för de delar som ligger på västra sidan av sjukhuset, nybyggnad akutmottagning/operation mm samt psykiatribyggnad kommer inte påverkas av denna förändring. I stället kommer förändringen innebära mindre störning av pågående produktion och alla verksamheter kan samordnat flytta in i nya lokaler.

Totala investeringsramen för dessa lokalprojekt påverkas inte men omfördelas mellan de olika delarna. Beräknad bruttohyra ökar med cirka fem miljoner kronor (cirka fem procent) men i detta belopp har ingen avräkning gjorts för eventuellt tomställda lokalytor.

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
SjukhusdirektörEva Sundström
Stf sjukhusdirektör

Bilaga

- Justerad lokalinvestering nybyggnation Skövde

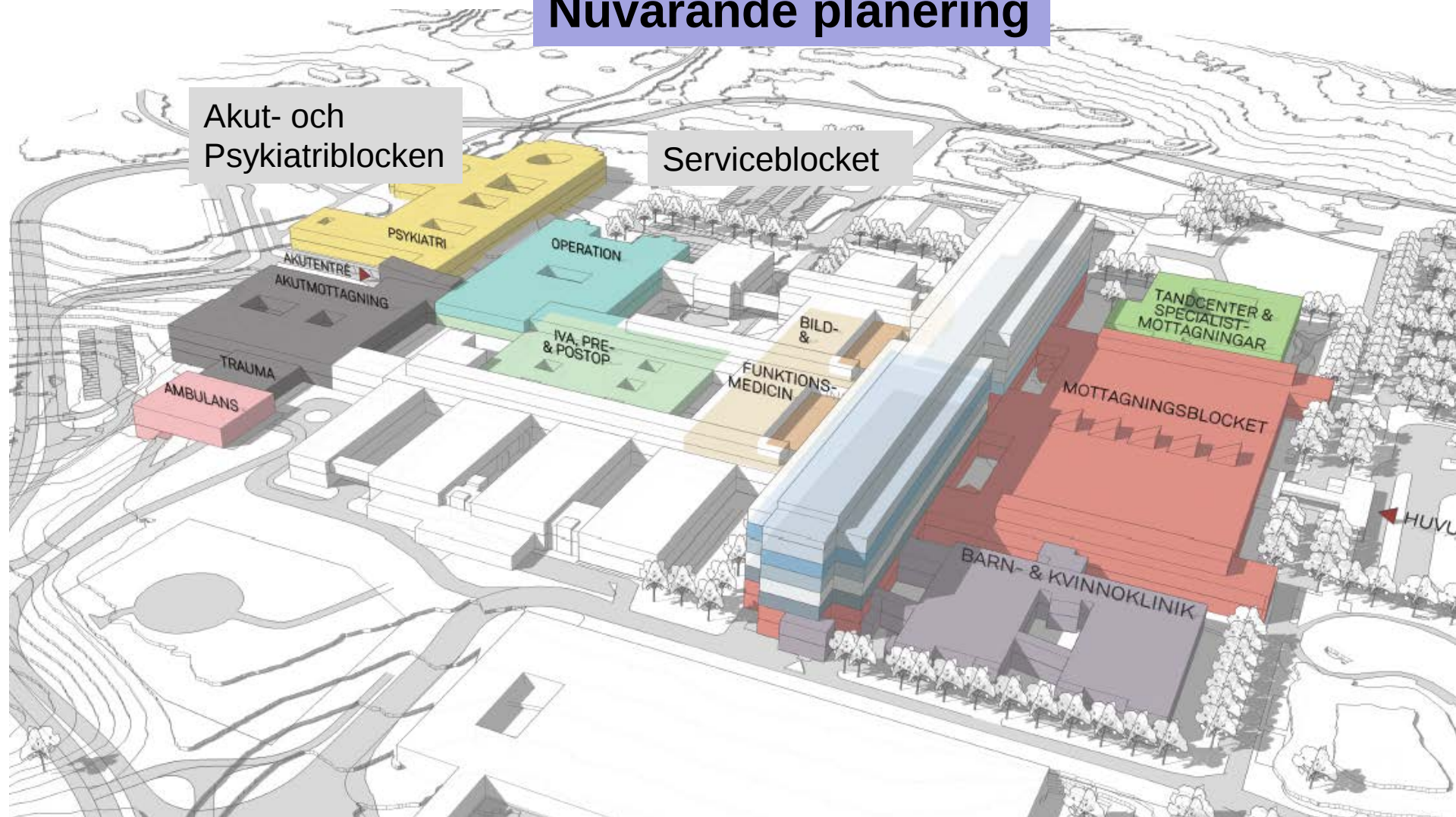
Besluten skickas till

- Jörgen Thorn
- Eva Sundström

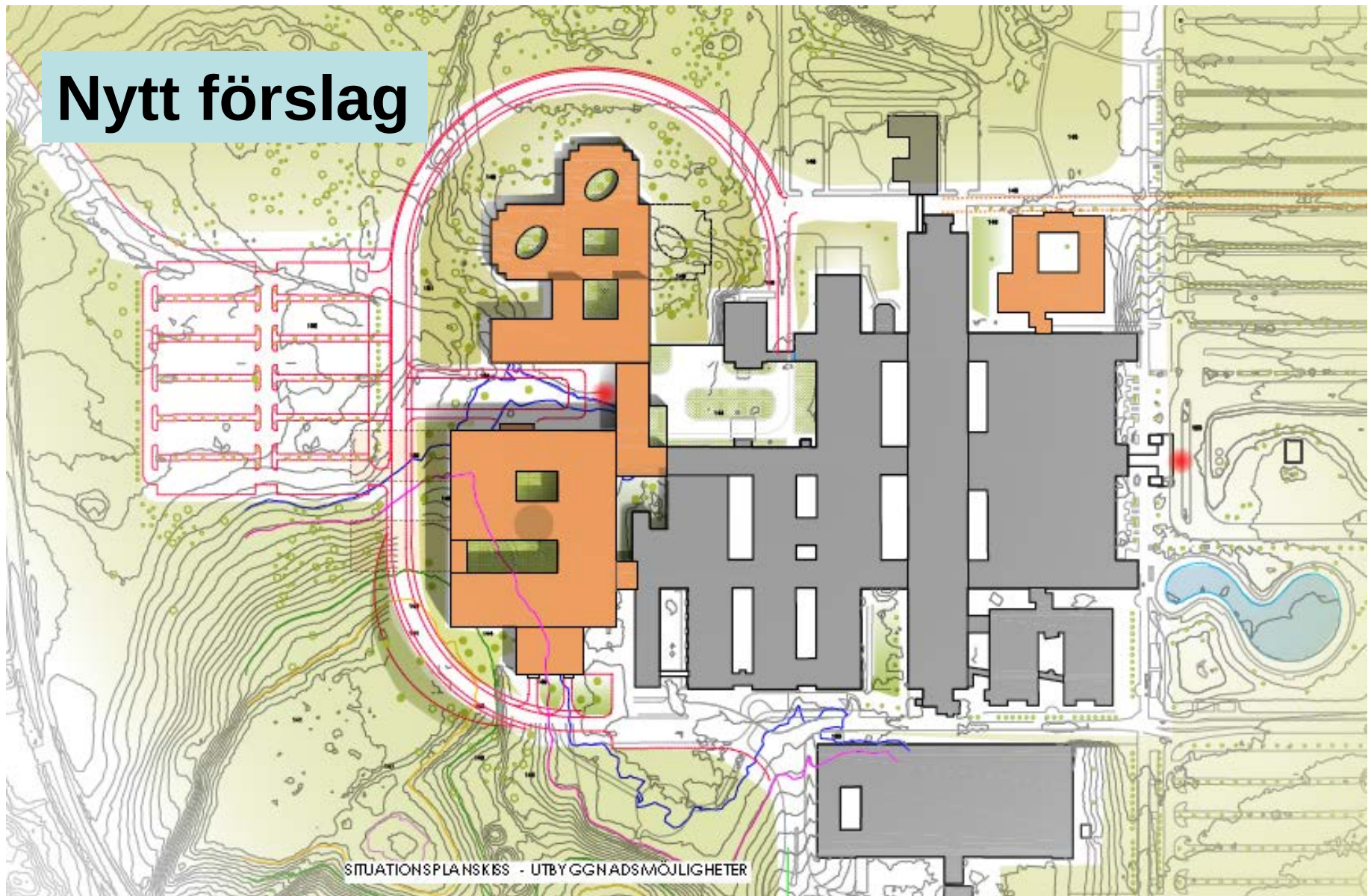
Nuvarande planering

Akut- och
Psykiatriblocken

Serviceblocket



Nytt förslag



Tjänsteutlåtande

Datum 2017-02-20

Diarienummer SKAS 2016-00813

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Remiss - motion om att ansluta sig till 100 million lives

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborg Sjukhus föreslår att motionen avslås.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har mottagit en remiss från regionstyrelsen avseende en motion med rubriken *Motion om att ansluta sig till 100 million lives*. I motionen föreslås att VGR ska ansluta sig till 100 million lives för att få hjälp och coaching med att erbjuda invånarna jämlik vård, ett personcentrerat arbetssätt och att uppmuntra till en hälsofrämjande livsstil.

VGR ingår sedan tidigare i ett nätverk med liknande syfte, Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). HFS är ett nationellt nätverk som i sin tur ingår i ett internationellt nätverk med koppling till WHO.

Inom VGR pågår också genomförandet av ett antal handlingsplaner, strategier och beslut som syftar till att uppnå en jämlik, personcentrerad och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Av allt att döma är 100 million healthier lives ett lovvärt initiativ som i mångt och mycket ligger i linje med regionens fokus på en jämlik och hälsofrämjande sjukvård. Dock skulle ett deltagande i ytterligare ett nätverk, som till stor del har ett syfte som överlappar HFS, ta resurser från det arbete som redan pågår inom området. I första hand bör regionens fokus ligga på att genomföra de åtgärder som redan beslutats.

Det är därför förvaltningens uppfattning att styrelsen bör föreslå att motionen avslås.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Regionstyrelsen har remitterat en motion till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus för yttrande. Motionens avsändare är SD-gruppen och är undertecknad av regionrådet Heikki Klaavuniemi (SD).

100 million healthier lives är ett internationellt projekt/nätverk som drivs av den ideella organisationen Institute for Healthcare Improvement (IHI) med säte i Cambridge, Massachusetts, USA.

Enligt motionen har projektet en vision att ”fundamentalt ändra sättet världen tänker och agerar kring frågor som rör hälsoförbättring, välbefinnande, jämlikhet och skapa genombrottsresultat”. Uppdraget är att få 100 miljoner personer att leva ett hälsosammare liv före utgången av år 2020.

Motionärerna vill att VGR ska ansluta sig till 100 million healthier lives för att få coaching och hjälp med att göra fyra saker:

1. Skapa en kultur där fokus blir jämlik hälsa för alla.
2. Uppmuntra till bättre livsstil till de som är utsatta.
3. Vara ansvariga politiska ledare som visar att vi tar sats mot ett globalt/lokalt system.
4. Få mer inspiration till hur vi kan ändra vårt hälsosystem till ett mer personcentrerat fokus.

Pågående arbeten i Västra Götalandsregionen

I VGR pågår redan arbeten som syftar till att säkra invånarnas rätt till jämlik vård, att utveckla ett personcentrerat arbetssätt i vården samt att uppmuntra till en bättre livsstil. Några exempel på detta är:

- I handlingsplanen för det systematiska arbetet med mänskliga rättigheter i Västra Götalandsregionen 2017-2020 (beslutad av regionfullmäktige 2016-11-29) är jämlikhet ett av fyra prioriterade områden.
- I VGR:s budget för 2017 är ett fokusområde att införa ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården. För att uppfylla detta har en strategi tagits fram för att övergången ska genomföras på ett planerat, integrerat och kvalitetssäkrat sätt.
- Regionala medicinska riktlinjer för hälsosamma levnadsvanor har tagit fram. De avser fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor, riskbruk av alkohol samt tobaksbruk.

Nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS)

VGR är sedan tidigare medlem i nätverket för Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). Nätverket består av 21 svenska landsting/regioner/vårdorganisationer och ett enskilt sjukhus. HFS är också en del av det internationella nätverket Health Promoting Hospitals and health services, initierat av WHO år 1993.

HFS vision är en hälsofrämjande sjukvård hälso- och sjukvård för alla. Detta ska man uppnå genom att driva utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård med fokus på god vård och jämlik hälsa för patienter, medarbetare och befolkning.

Bör VGR ansluta sig till 100 million healthier lives?

Av allt att döma är 100 million healthier lives ett lovvärt initiativ som i mångt och mycket ligger i linje med regionens fokus på en jämlik och hälsofrämjande sjukvård. Dock skulle ett deltagande i ytterligare ett nätverk, som till stor del har ett syfte som överlappar HFS, ta resurser från det arbete som redan pågår inom området. I första hand bör regionens fokus ligga på att genomföra de åtgärder som redan beslutats.

Det är därför förvaltningens uppfattning att styrelsen bör föreslå att motionen avslås.

Beredning

Ärendet har handlagts inom administrativa enheten. Chefläkare Marga Brisman har varit ansvarig för ärendet.

- 2017-02-28 Sjukhusledning stab
- 2017-03-01 SkaS presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Marga Brisman
Chefläkare

Bilaga

- Förslag till remissyttrande
- Inkommen remiss

Ytterligare information

Internetlänkar:

- 100 million healthier lives - <http://www.100mlives.org/>
- Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) - <http://www.hfsnatverket.se/hfs-natverket-start>

Besluten skickas till

- Regionstyrelsen, regionstyrelsen@vgregion.se

Förslag till remissyttrande

Datum 2017-02-16

Diarienummer SKAS 2016-00813

Ert diarienummer RS 2016-07281

Regionstyrelsen

regionstyrelsen@vgregion.se

Motion om att ansluta sig till 100 million lives

- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår att regionfullmäktige avslår motionen.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har mottagit en remiss från regionstyrelsen avseende en motion om att ansluta sig till 100 million lives. I motionen föreslås att VGR ska ansluta sig till 100 million lives för att få hjälp och coaching med att erbjuda invånarna jämlik vård, ett personcentrerat arbetssätt och att uppmuntra till en hälsofrämjande livsstil.

VGR ingår sedan tidigare i ett nätverk med liknande syfte, Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). HFS är ett nationellt nätverk som i sin tur ingår i ett internationellt nätverk med koppling till WHO.

Inom VGR pågår också redan genomförandet av ett antal handlingsplaner, strategier och beslut som syftar till att uppnå en jämlik, personcentrerad och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Av allt att döma är 100 million healthier lives ett lovvärt initiativ som i mångt och mycket ligger i linje med regionens fokus på en jämlik och hälsofrämjande sjukvård. Dock skulle ett deltagande i ytterligare ett nätverk, som till stor del har ett syfte som överlappar HFS, ta resurser från det arbete som redan pågår inom området. I första hand bör regionens fokus ligga på att genomföra de åtgärder som redan beslutats.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår därför att motionen avslås.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Ulla-Britt Hagström
Ordförande

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Datum 2016-12-13
Diarienummer RS 2016-07281

Folkhälsokommittén
Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för Skaraborgs sjukhus
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Motion om att ansluta sig till 100 million lives

Regionstyrelsen remitterar denna motion för yttrande.

Av motionssvaret ska framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras, eventuell tidplan, kostnader med mera. 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.

Om motionens syfte redan är uppnått genom andra beslut ska detta redovisas. Förslaget till beslut ska vara att motionen är besvarad, eventuellt med hänvisning.

Förslagen till beslut kan alltså vara

- Motionen är besvarad eventuellt med hänvisning till t ex pågående arbete
- Regionfullmäktige bifaller motionen
 - Nämnden får i uppdrag att
- Regionfullmäktige avslår motionen

Om förslaget till beslut är att bifalla motionen ska det uppdrag som blir en följd av bifallet klart framgå i beslutsunderlaget. Vidare ska nämnden ges i uppdrag att återrapporera vidtagna åtgärder dels till motionären, dels till regionfullmäktige. Regionfullmäktige redovisar detta i samband med den årliga redovisningen av de motioner som är äldre än ett år.

Ingen nämnd/styrelse är överordnad någon annan nämnd vid framtagning av yttrande över en motion. Koncernkontoret sammanställer de yttrande som har kommit in. Regionstyrelsens utskott har uppdraget att bereda motioner som remitterats till utskotten, svara för eventuell remissammanställning och lägga förslag till beslut.

Motionssvaret ska tillsammans med protokollsutdraget mailas in till regionstyrelsen@vgregion.se senast den 30 april 2017. Ange vårt diarienummer.

Med vänliga hälsningar
Britt-Marie Gustafsson
mobil: 010-44 101 42

Regionfullmäktige

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
Datum 2016-11-29
RS 2016-07281-1

2016-11-29



Motion om att ansluta sig till 100million lives

Undertecknad och andra delegater från VGR som 2016-11-03 hade möjligheten att lyssna på Marianne McPhersson Director på IHI, under tiden vi var i Boston. Hon berättade om ett viktigt projekt. -"100 million Healthier Lives Project"
www.100mlives.org

-Syftet är bla att öka livskvalité för barn och utsatta i alla samhällen.
Deras uppdrag är kortfattat: 100 miljoner personer som lever hälsosammare i slutet av 2020.

Vision: Att fundamentalt ändra sättet världen tänker och agerar kring frågor som rör hälsoförbättring, välbefinnande, jämlikhet och skapa genombrottsresultat.

Beroende på var man bor i världen så är det stora skillnader på genomsnittsåldrar pga skillnader i livsstil. Men i en vanlig västlig samhällsstruktur är det cirka 9 år i skillnad på genomsnittsåldrar.

I korthet kan man om man ansluter sig till 100 million healthier lives få coachning och hjälp, samt att vara delaktiga till i ett globalt perspektiv att göra 4 saker:

1. Skapa en kultur där fokus blir jämlik hälsa för alla.
2. Uppmuntra till bättre livsstil till de som är utsatta.
3. Vara ansvariga politiska ledare som visar att vi tar sats mot ett globalt/lokalt problem.
4. Få mer inspiration till hur vi kan ändra vårt hälsosystem till ett mer personcentrerat fokus.

Via hemsidan www.100mlives.org/map kan man se vilka förespråkare/nav/organisationer som redan är anslutna. I Sverige kan man se att region Jönköping redan är anslutna.

Undertecknad med flera föreslår regionfullmäktige

Att: Västra Götalandsregionen ansluter sig till 100 million lives.

För SD-Gruppen
Heikki Klavuniemi
Regionråd (SD)

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-04

Diarienummer SKAS 2016-00823

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Marga Brisman

Telefon: 0731-83 35 55

E-post: marga.brisman@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Granskningsrapport från Revisorskollegiet Granskning av vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen om ”Granskningsrapport från Revisorskollegiet Granskning vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd”.
2. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus uppdrar åt förvaltningschefen att säkerställa att samverkan och kommunikation med primärvården är tillräcklig när det gäller barn med psykiska besvär.

Sammanfattning av ärendet

Asylmottagandet i Västar Götaland var under 2015 och 2016 betydligt högre än tidigare. Mot bakgrund av denna extraordinära situation fanns ett behov att bedöma om styrelser i VGR säkerställt att målgruppen får vård och behandling i enlighet med gällande forskrifter samt bedriver tillräcklig styrning och kontroll. Den föreliggande revisionsrapporten rekommenderar Skaraborgs Sjukhus (SkaS) att säkerställa att samverkan och kommunikation med primärvården är tillräcklig vad gäller barn med psykiska besvär.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Asylmottagandet i Västar Götaland var under 2015 och 2016 betydligt högre än tidigare. Mot bakgrund av denna extraordinära situation fanns ett behov att bedöma om styrelser i VGR säkerställt att målgruppen får vård och behandling i enlighet med gällande forskrifter samt bedriver tillräcklig styrning och kontroll. För den föreliggande revisionsrapporten har revisorerna ställt frågor om hur styrelsen säkerställer att asylsökande barn som remitteras till barn- och ungdomspsykiatri, BUP får vård i enlighet med gällande regler och riktlinjer, att personalen har tillräcklig utbildning och hur internkontrollen sker.

I revisionsrapporten framgår att all personal på BUP inte deltagit i utbildningsinsatser om asylsökande barn och att BUP har förändrat sin tolkning av ansvarsfördelningen mellan SkaS och primärvården.

Revisorerna rekommenderar att SkaS säkerställer att samverkan och kommunikation med primärvården är tillräcklig vad gäller barn med psykiska besvär.

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Marga Brisman
Chefläkare

Bilaga

1. Granskningsrapport Vård till asylsökande och vissa personer Dnr REV 28-2016

Besluten skickas till

- Sjukhusdirektör
- Chefläkare



Följebrev Vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd, Datum 2016-12-14
Diarienummer REV 28-2016

Västra Götalandsregionen
Revisionsenheten
Handläggare: Anna Ljungkvist
Telefon: 0700-85 25 19
E-post: anna.ljungkvist@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen, primärvårdsstyrelsen, tandvårdsstyrelsen och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

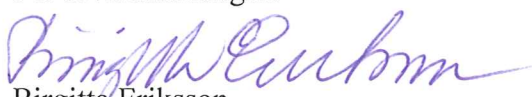
Granskning Vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd

Rätten till vård för asylsökande och vissa personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd regleras i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen samt särskild lagstiftning. Alla asylsökande ska snarast erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning. Dessutom har asylsökande barn och barn utan nödvändiga tillstånd rätt till sjukvård och tandvård på samma villkor som folkbokförda barn.

Granskningens syfte var att bedöma om granskade styrelser säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter samt bedriver tillräcklig intern styrning och kontroll. De utvalda verksamheterna har arbetat hårt för att inom sitt ansvarsområde tillgodose vården till asylsökande. Samtliga styrelser har också varit aktiva och prioriterat frågan genom att efterfråga mycket information. Utifrån syftet och kriterier i granskningen är bedömningen att HSS på styrelsenivå inte säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter, då styrelsen inte sett över, analyserat och vid behov anpassat styrsystemet. Vidare bedöms PVV delvis ha säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter. Styrelsen har dock brustit i att vidta tillräckligt kraftfulla åtgärder på övergripande nivå för att komma tillrätta med de problem verksamheterna rapporterat samt hur man följt upp dem. Vad gäller styrelsen för SkaS bedöms de delvis ha säkerställt att asylsökande barn inom psykiatrin får vård i enlighet med föreskrifterna, men har brustit i att säkerställa samverkan och kommunikation med primärvården. Slutligen bedöms FTV ha säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer för området. Styrelsen bedöms ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll, övriga styrelser bedöms inte ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll utifrån att de inte har värderat eller hanterat eventuella risker i ordinarie riskarbete.

Med nuvarande nationella regler är asylmottagandet mindre än tidigare, men riskerar att göra att andelen personer utan nödvändiga tillstånd ökar. Revisorerna bedömer därför att det är av än större vikt att säkerställa strukturen och uppföljningen, för att säkerställa både tillgänglighet och kvalitet i dagsläget och framöver. Revisorskollegiet emotser en handlingsplan för åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i rapporten, senast i slutet av februari 2017.

För revisorskollegiet


Birgitta Eriksson
Ordförande


Ulf Sjösten
Vice ordförande

Postadress:
Regionens Hus
462 80 Vänersborg

Besöksadress:
Östergatan 1
Vänersborg

Telefon:
010-441 00 00

Hemsida:
www.vgregion.se

E-post:
revision@vgregion.se

För kännedom:

Regionfullmäktiges presidium

Regionstyrelsen

Samtliga politiska sekreterare

Ann-Sofi Lodin, regiondirektör

Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör

Eva Arrdal, direktör ägarstyrning

Joakim Björck, ekonomidirektör

Marina Olsson, personaldirektör

Boris Ståhl, stabschef

Rolf Ottosson, avdelningschef, ledning

Elisabet Ericson, kanslichef, regionkansliets administrativa avdelning

Granskning av vård till asylsökande och vissa personer utan nödvändiga tillstånd

Dnr: REV 28-2016

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av revisorskollegiet den 14 december 2016

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning.....	3
2. Resultat av granskningen	5
2.1 lakttagelser hälso- och sjukvårdsstyrelsen.....	5
2.2 lakttagelser primärvårdsstyrelsen	12
2.3 lakttagelser styrelsen för Skaraborgs Sjukhus	15
2.4 lakttagelser tandvårdsstyrelsen	16
2.5 Bedömning	19
3. Slutsats och rekommendationer	25

Sammanfattning

Rätten till vård för asylsökande och vissa personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd regleras i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen samt särskild lagstiftning. Alla asylsökande vuxna och barn ska snarast erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning. Dessutom har asylsökande barn och barn utan nödvändiga tillstånd rätt till sjukvård och tandvård på samma villkor som folkbokförda barn. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ansvarar som systemägare för att utforma ett styrsystem som möjliggör och säkerställer att målgruppen får den vård de har rätt till. Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och Tandvårdsstyrelsen ansvarar som utförarstyrelser för att verka för att lagar, föreskrifter, givna uppdrag och angivna riktlinjer följs.

Granskningens syfte är att bedöma om granskade styrelser säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter samt bedriver tillräcklig intern styrning och kontroll. Mot bakgrund av att Västra Götalandsregionens asylmottagande under perioder 2015 och 2016 varit betydligt större än tidigare är fokus hur respektive styrelse hanterat den extraordinära situationen och haft en krismedvetenhet i sitt riskarbete. De utvalda verksamheterna har arbetat hårt för att inom sitt ansvarsområde tillgodose vården till asylsökande. På styrelsenivå ser vi att styrelserna följt arbetet och varit aktiva genom att efterfråga information.

Utifrån syftet med granskningen och uppsatta revisionskriterier bedöms tandvårdsstyrelsen ha säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter, primärvårdsstyrelsen och styrelsen för Skaraborgs sjukhus har delvis säkerställt detta, men hälso- och sjukvårdsstyrelsen har inte säkerställt detta. Främst då styrelsen inte sett över, analyserat och vid behov anpassat styrsystemet då flyktingsituationen förändrades och därmed inte skapat tillräckliga förutsättningar för verksamheterna. Detta gör att HSS inte i tillräcklig omfattning levt upp till sitt ansvar som systemägare, vilket inneburit risk för bristande samordning av uppdraget. Tandvårdsstyrelsen bedöms ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll, övriga styrelser bedöms inte ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll utifrån att de inte har värderat eller hanterat eventuella risker i ordinarie riskarbete.

I denna granskning var syftet att även granska hur vården till personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd tillgodoses. Denna grupp har dock varit så liten för respektive verksamhet att det inte varit möjligt att granska. Med nuvarande nationella regler är asylmottagandet för tillfället mindre än tidigare, men riskerar att göra att andelen personer utan nödvändiga tillstånd ökar. Revisorerna bedömer därför att det är av än större vikt att belysa brister avseende vården till asylsökande åtgärdas, för att säkerställa både tillgänglighet och kvalitet i dagsläget och framöver. Följande rekommendationer utdelas:

- Revisorerna rekommenderar HSS att säkerställa att det övergripande styrsystemet avseende vård till asylsökande är tydligt och tillräckligt för att verksamheterna ska kunna utföra sitt uppdrag.
- Revisorerna rekommenderar PVV att säkerställa en tillräcklig och systematisk uppföljning av sina egna verksamheter, för att säkerställa att avvikelseinformation hanteras och åtgärdas vid behov.
- Revisorerna rekommenderar SkaS att säkerställa att samverkan och kommunikation med primärvården är tillräcklig vad gäller barn med psykiska besvär.
- Revisorerna rekommenderar FTV att säkerställa att resultatet av nu vidtagna åtgärder följs upp.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Västra Götalandsregionens skyldighet att ge vård till asylsökande och "gömda" eller "papperslösa" flyktingar regleras i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen samt särskild lagstiftning som avser asylsökande och vissa utlänningar som vistas i Sverige utan tillstånd.¹ Enligt gällande lagstiftning ska alla asylsökande vuxna och barn erbjudas en kostnadsfri hälsoundersökning snarast. Asylsökande barn och barn utan nödvändiga tillstånd har rätt till sjukvård och tandvård på samma villkor som folkbokförda barn. De har också rätt till språktolk när de besöker vården. När det gäller personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd så har de samma rättigheter som asylsökande. Även personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska exempelvis erbjudas en hälsoundersökning då de uppsöker vården.

Under 2015 och början av 2016 hade Sverige, och Västra Götalandsregionen, en över tiden jämförelsevis stor ökning av antal asylsökande. Inom regionen har det konstaterats att några av de verksamheter som berörts mest av flyktingsituationen är vårdcentraler, tandvård samt barn- och ungdomspsykiatri. Verksamheterna påverkas olika mycket beroende på var de asylsökande befinner sig. För vårdcentralerna har det handlat om en stor ökning av hälsoundersökningar och hantering av psykisk ohälsa men nu märks även en ökning inom somatisk vård. I november 2015 bedömde koncernstab hälso- och sjukvård att situationen kunde hanteras inom den befintliga organisationen genom viss omfördelning av resurserna. Tandvården upplevde också att de hade en ökad arbetsbelastning inom akut tandvård, men även de bedömde att de under 2015 klarade belastningen bland annat genom kliniksamverkan och mobila tandvårdsenheter. Ett problem som lyftes särskilt var dock bristen på tolkar.

Revisorskollegiet bedömde att det trots allt fanns risk att målgruppen (asylsökande och utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd) inte hjälptes i rätt omfattning och i rätt tid, utifrån den beskrivna ökade arbetsbelastningen. Man såg risker att personal- och lokalresurser inte skulle räcka till, och/eller att patienttillströmningen kunde kräva ekonomiska tillskott. Konsekvensen kunde bli att de regler och riktlinjer som finns för verksamheten inte följdes och att patienter inte fick den vård de hade rätt till. Området har tidigare inte belysts i någon granskning, varför revisorskollegiet beslutade att genomföra en fördjupad granskning.

1.2 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om styrelserna säkerställer att målgruppen får vård i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer för området samt bedriver tillräcklig intern styrning och kontroll av detta. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutat om nödvändiga riktlinjer och/eller rutiner för målgruppen?
2. Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att asylsökande får hälsoundersökningar i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

¹ Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd samt SOSFS 2011:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

3. Har styrelsen för Skaraborgs sjukhus säkerställt att asylsökande barn som remitterats till barn- och ungdomspsykiatri får vård i enlighet med gällande regler och riktlinjer?
4. Har tandvårdsstyrelsen säkerställt att asylsökande barn får tandvård i enlighet med gällande regler och riktlinjer?
5. Har styrelserna säkerställt att anställda får information/utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med gällande regler och riktlinjer?
6. Har styrelserna säkerställt att information görs tillgänglig för målgruppen?
7. Har styrelserna säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheten?

1.3 Avgränsning

Fråga 2-4 avser endast asylsökande. De övriga frågeställningarna avser hela målgruppen, det vill säga asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

1.4 Revisionskriterier

Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningen:

- Kommunallagen kapitel 6 § 7
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- Tandvårdslag (1985:125)
- Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.
- Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd
- SOSFS 2011:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.
- Regionala riktlinjer "Ett utvecklat samarbete. Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder"
- Regional Medicinsk Riktlinje "Ansvarsfördelning och samverkan mellan BUM, BUP samt BUH"
- Respektive styrelses reglemente

1.5 Ansvarig nämnd/styrelse

Granskningen avser följande nämnder/styrelser:

- Primärvårdsstyrelsen
- Tandvårdsstyrelsen
- Styrelsen för Skaraborgs sjukhus
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

1.6 Metod

Frågorna har besvarats med grund i intervjustudier och dokumentstudier. Ett urval av verksamheter i primärvård, tandvård och barn- och ungdomspsykiatri har gjorts, utifrån de av primärvårdens verksamhetsområden som hade tagit emot flest nyanlända per 1000 invånare enligt Migrationsverkets statistik (mars 2014 – mars 2016). Av dem valdes område V9. Utifrån detta har fyra primärvårdsenheter respektive fyra folktandvårdsenheter valts ut i Falköping, Karlsborg, Tibro och Tidaholm. Inom valt område har Skaraborgs Sjukhus BUP-mottagning i Skövde ingått i granskningen. Intervjuer har även genomförts med tjänstemän på koncernkontoret.

1.7 Granskningsansvariga och projektorganisation

Granskningsansvarig: Anna Ljungkvist

Projektdeltagare: Marit Käppi och Karin Norrman Elgh

Kvalitetsansvarig: Ulf Aronsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer är Wimar Sundeen och Marie Engström Rosengren.

2. Resultat av granskningen

Avsnittet är tredelat och beskriver först iakttagelser avseende hur respektive styrelse arbetat för att verksamheterna ska kunna följa de lagar, föreskrifter och riktlinjer som reglerar vård till asylsökande. För att verksamheterna ska kunna göra detta krävs 1) att det finns ett tydligt styrsystem i form av riktlinjer och rutiner, 2) att styrsystemet är känt i verksamheterna, 3) att det finns möjlighet till efterlevnad i praktiken, liksom att målgruppen får information om och möjlighet att använda sina rättigheter. För att säkerställa att uppdraget utförts som tänkt och få vetskap om något inte fungerar krävs också uppföljning av verksamheterna.

Efter beskrivningen av hur varje styrelse genomfört dessa steg följer ett avsnitt med bedömningar av om genomförandet varit tillräckligt. Bedömningen görs både utifrån de krav som lagar, föreskrifter och riktlinjer ställer specifikt kring vård till asylsökande, men även de krav som kommunallagen alltid ställer på varje nämnds och styrelses arbete. Slutligen utfärdas rekommendationer till respektive styrelse.

2.1 Iakttagelser hälso- och sjukvårdsstyrelsen

2.1.1 Styrsystem: Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutat om nödvändiga riktlinjer och/eller rutiner för målgruppen?

I VGR finns ett flertal anvisningar som styr den vård som ges till asylsökande. I HSS:s reglemente §4p slås fast att de ska besluta om sådana anvisningar.² I denna granskning är fokus hälsoundersökningar, barnpsykiatri och tandvård till barn, då dessa områden tidigare identifierats som områden där just asylsökande och personer utan nödvändiga tillstånd riskerat att inte få den vård och tandvård de har rätt till. Anvisningarna som granskats jämförs utifrån sitt innehåll med RS:s beslut avseende vad som kännetecknar en riktlinje respektive en rutin. En rutin ska innehålla detaljerade instruktioner för hur ett uppdrag ska genomföras, samt av vem. En riktlinje är mer generell. Den ska ange förutsättningar för hur ett övergripande mål ska uppnås och hur ett uppdrag ska genomföras, utan att vara för detaljerad.

I tabell 1 på sida 6 finns en sammanställning av de anvisningar verksamheterna har att följa vad gäller vård till asylsökande, och som är kopplade till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Hälsoundersökningar till asylsökande

I KoK-boken framgår att offentliga och privata vårdcentraler ska erbjuda hälso- och sjukvård enligt regionens beslutade regler, riktlinjer och rutiner avseende asylsökande. HSS har inte själva explicit definierat vilka dessa regler, riktlinjer och rutiner är, utan hänvisar till att de finns samlade under Enheten asyl- och flyktingfrågor i hälso- och sjukvården, vilka har RS som uppdragsgivare. I granskningen har vi utgått ifrån att det är de olika typer av anvisningar som finns samlade på enhetens webbplats som HSS:s hänvisning i KoK-boken syftar till.

² Reglemente för hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen, antaget av RF 2015-11-24, § 204

Styrdokument	Beslutade av	Riktlinje/rutin	Giltighetstid	Kommentar
<i>Hälsoundersökningar (HU) till asylsökande</i>				
KoK-boken	HSS 2015-06-24 § 124	Avtalsunderlag/ Beställning	2016	Både offentliga och privata vårdcentraler ska erbjuda asylsökande m.fl. hälso- och sjukvård enl VGR:s beslutade anvisningar, vilka finns samlade under Enheten Asyl- och flyktingfrågor i HoS.
Mallar HU	Smittskyddsläkare och barnhälsovård-överläkare	Framgår ej explicit	Vuxna: rev. 2016-08-25 Barn: rev. 2015-12-11	Har karaktären av rutin.
Faktureringsblanketter	Enheten Asyl- och flyktingfrågor	Framgår ej explicit	Framtagna 2013-07-01	Har karaktären av rutin.
Bildspel HU, samt Bildspel fakturering	Enheten Asyl- och flyktingfrågor	Framgår ej explicit	HU 2016-08-25 Fakturering 2014-02-03	Har karaktären av både riktlinje och rutin.
Beslut, utökad kostnadsfria HU	RS 2007-04-24 § 96	Beslut	Från 2007-04-24	Beslutet innehåller anvisningar som kan likställas med riktlinjer för verksamheten.
Beslut, Prioriteringsordning	RS 2015-12-08 § 137	Beslut	Från 2015-12-08	Beslutet innehåller anvisningar som kan likställas med riktlinjer för verksamheten.
Tillfällig rutin för HU för barn	Barnläkare	Benämns rutin (se kommentar)	2015-12-03-2016-08-15 <i>Under bearbetning.</i>	Framtaget av barnläkare, i syfte att förenkla HU för barn. Har karaktären av både riktlinje och rutin.
Styrdokument	Beslutade av	Riktlinje/rutin	Giltighetstid	Kommentar
<i>Tandvård till asylsökande barn</i>				
Regiongemensamma riktlinjer om tandvård till barn 3-19 år	Dåvarande HSU 2012-12-19 § 236	Avtalsunderlag/ Benämns riktlinje	Gäller från 2013-01-01	Ska följas av både offentliga och privata kliniker. I dokumentet hänvisas till Enhet Tandvårds webbplats för vidare anvisningar av tandvård till asylsökande.
Regionala riktlinjer: Tandvård för asylsökande med flera	Enhet Tandvård	Benämns riktlinje	Beslutad 2016-03-01	Har karaktär av både riktlinje och rutin. Det framgår inte av RS:s eller HSS:s delegationsordning att Enhet Tandvård har mandat att ta fram dessa riktlinjer.
Blankett förhandsbedömn.	Enhet Tandvård		Framgår ej.	Har karaktären av rutin.
Styrdokument	Beslutade av	Riktlinje/rutin	Giltighetstid	Kommentar
<i>Barnpsykiatri för asylsökande</i>				
Inga framtagna styrdokument för denna målgrupp.				

Tabell 1: Anvisningar avseende vård och tandvård till asylsökande och asylsökande barn, kopplade till HSS som verksamheterna har att följa

Då HSS inte fattat något tydligt beslut kring vad anvisningarna ska innehålla, har koncernkontoret fått ta fram anvisningar på egen hand. Fokus har då blivit på något fler rutin-dokument jämfört med riktlinjer, enligt definitionen i VGR:s anvisningar för styrande dokument. Detta då koncernkontoret har tagit fram dokument där de sett att verksamheterna har haft störst behov av att få till förenklingar i arbetet. I de fall koncernkontoret uppmärksammat behov men inte själva ansett sig ha mandat att åtgärda dem, har man kommunicerat detta med berörd instans. Rutinen för hälsoundersökning togs ursprungligen fram redan 2010, men då med tanken att den skulle datoriseras för att möjliggöra enhetlighet, kvalitetssäkring och uppföljning. Detta var dock inte möjligt, utan istället blev rutinerna mer av "lathundar" vid hälsoundersökningen.

Förutom att HSS inte tydligt definierat vilka regler, riktlinjer och rutiner som gäller, har de inte heller tydligt angivit *vem* som har mandat att fatta beslut om anvisningarna å deras vägnar. I KoK-boken beskriver man att anvisningar finns samlade hos Enheten Asyl- och flyktingfrågor i hälso- och sjukvården men ger dem egentligen inte ett tydligt och explicit mandat att ta fram anvisningar. Inte heller de som tagit fram hälsoundersöknings-rutinerna har fått ett tydligt mandat, genom exempelvis delegation, att göra detta. Då HSS inte har en egen förvaltning måste de lämna ett tydligt uppdrag till de som ska ta hand om frågan. HSS:s hantering riskerar att försvåra för koncernkontoret att implementera de anvisningar de tar fram, genom att dokumentens status är otydlig. Detta kan också ha bidragit till att skapa den situation där regionen under dryga 8 månader hade två olika rutiner för hur hälsoundersökningar för barn skulle genomföras. Även i det politiska beslut som rörde prioriteringsordning för hälsoundersökningar har det funnits en otydlighet, genom att man de facto inte fattade ett tydligt beslut kring den, utan den endast fanns i sammanfattningen och underlaget till beslut. Det går att konstatera att HSS:s utformning av sin styrning avseende hälsoundersökningar till asylsökande skiljer sig från deras ordinarie utformning av sin styrning av andra vårdområden, där det ofta finns regionala medicinska riktlinjer (RMR), vilka arbetas fram av en utsedd arbetsgrupp och sedan slutligen beslutas av hälso- och sjukvårdsdirektören på delegation från HSS.

Barnpsykiatri för asylsökande

I VGR finns inga särskilda riktlinjer eller rutiner för hur barnpsykiatri ska arbeta med asylsökande barn, då asylsökande barn har rätt till samma vård som folkbokförda barn. Däremot återfinns anvisningar kring vilka frågor primärvården ska ställa avseende psykisk ohälsa hos barn i de riktlinjer och rutiner som rör hälsoundersökningar (se avsnitt ovan avseende *Hälsoundersökningar till asylsökande*). Det finns dock generella riktlinjer kring barnpsykiatri för alla barn i regionen, där ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri specificeras. Det finns en RMR framtagen, "Ansvarsfördelning och samverkan mellan barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt barn- och ungdomshabilitering". RMR:en har hanterats i regionens ordinarie rutin för medicinska riktlinjer. RMR:en beskriver vilken av de tre verksamheterna som har ansvar för vilka barn. Även i KoK-boken finns vissa beskrivningar av ansvarsfördelning mellan primärvård, elevhälsa och barn- och ungdomspsykiatri.

Tandvård till asylsökande barn

Liksom för anvisningar avseende hälsoundersökningar finns vissa otydligheter från HSS:s sida när det gäller anvisningar för tandvård till asylsökande barn. I "Regiongemensamma riktlinjer om tandvård till barn 3-19 år" (RR TV Barn) hänvisar man till *var* information finns, men definierar inte själva explicit vilka anvisningar som gäller. Jämfört med hänvisningarna i

KoK-boken finns det dock lite mer beskrivningar av innehållet i anvisningarna i RR TV Barn. Liksom för hälso- och sjukvård till asylsökande har HSS inte beslutat om ett tydligt mandat eller en tydlig delegation till Enhet Tandvård att ta fram rutiner och riktlinjer. Enheten har dock tagit fram anvisningar som tandvårdsstyrelsens förvaltning förväntas följa. Även här finns det risk för att implementeringen av anvisningar som Enhet Tandvård tagit fram försvåras. Innehållsmässigt innehåller anvisningarna avseende tandvård till asylsökande barn mer riktlinje-liknande anvisningar än vad som finns för hälsoundersökningar.

2.1.2 Kännedom om styrsystemet: Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt att anställda får information och utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

Systemet för region- och förvaltningsövergripande informationsöverföring³ från koncernkontoret till berörda förvaltningar har under 2015 och början på 2016 framförallt byggts på att information finns på Enheten för Asyl och flyktingfrågor i hälso- och sjukvårdens respektive Enhet Tandvårds webbplats, samt att de och den regionala samordnaren för hälso- och sjukvårdsfrågor för asylsökande och nyanlända har funnits tillgängliga för att svara på frågor. De ska fungera som kunskapsbank och stöd till vårdens personal och får ofta hantera frågor om vad som ingår i en hälsoundersökning, vilken vård målgruppen har rätt till osv.

Vid behov har de också försökt åka ut till de verksamheter som efterfrågat detta, men tiden har inte funnits för att systematiskt kunna besöka samtliga. Enligt flera av de intervjuade på koncernkontoret finns det dock en generell problematik avseende kommunikation i regionen. Man beskriver att kommunikationsvägarna inte alltid finns för att exempelvis informera samtliga verksamheter som berörs av information om tolkar. Från kommunikationsenhetens sida har man förklarat detta med att ett möjliggörande av sådan informationsspridning skulle innebära att verksamheter bombarderades av allt för mycket information. Det finns också en kritik kring att regionen bygger på person och inte funktion. På grund av linjeorganisationen finns det en upplevelse hos några av de intervjuade att det är svårt att finna en plats för regionövergripande information, då utförarförvaltningarna framförallt arbetat in de egna intranäten som sin främsta informationskanal.

Systemet för informationsöverföring verkar koncernkontoret ha fått arbeta fram i det närmaste själv. Dock har HSS under 2016 utrett huruvida man ska inrätta ett lärandecentrum för migration och hälsa, som ska bygga på ett tvärspektoriellt nätverk. En del av målet med lärandecentrat skulle vara att skapa bättre stödfunktioner för personal i migrantfrågor. Koncernkontoret skulle särskilt utreda förutsättningar för samverkan internt i VGR. Detta kan anses vara ett led i att HSS försöker åtgärda de svårigheter som uppgivits funnits med att arbeta förvaltningsövergripande. HSS har också avsatt medel för att tillsammans med koncernstab kommunikation och externa relationer inventera, köpa in och utveckla nationellt och regionalt befintligt informations- och utbildningsmaterial, vilket både var riktat till personal och flyktingar.

Hälsoundersökningar till asylsökande

Det informationsöverföringssystem enheterna på koncernkontoret arbetat enligt verkar ha fungerat väl under 2016 vad gäller hälsoundersökningar till asylsökande. De intervjuade har använt sig av webbplatsen där anvisningarna finns. De anser att de mallar (rutiner) för hälsoundersökningar enheten för asyl och flyktingfrågor tagit fram är lätta att följa, däremot

³”System för informationsöverföring” avser alla de processer och insatser som görs för att överföra information.

Postadress:	Besöksadress:	Telefon:	Webbplats:	E-post:
Revisionsenheten	Östergatan 1	010-441 05 91	www.vgregion.se	revision@vgregion.se
Västra Götalandsregionen	Vänersborg			
462 80 Vänersborg				

fick flera av de intervjuade kännedom om dem först det senaste året. En annan av vårdcentralerna visste tidigt att mallarna fanns, men inte att det funnits någon att vända sig till kring förtydliganden i början. Några av de intervjuade har i viss mån också saknat information från politiken kring en regionövergripande plan, övergripande riktlinjer som tydliggör prioriteringar och ansvar, eller beslut kring vad en vårdcentral bör prioritera om flera uppdrag inte går att utföra samtidigt.

Vad gäller utbildningsinsatser har koncernkontoret startat upp detta mer systematiskt under kvartal 3 2016. Tidigare var det mer efterfrågestyrt utifrån behov hos respektive vårdcentral. HSS har avsatt medel av statsbidragen för utbildning, främst till utbildningsinsatser för primärvårdspersonal i traumaspecifik behandling, webbutbildning till primärvårdspersonal kring migration, psykisk ohälsa och trauma samt att frigöra en utbildare från flyktingmedicinsk mottagning på halvtid för kompetensutveckling i primärvård avseende transkulturellt bemötande och PTSD. Även 2017 års statsbidrag ska gå till sådana insatser.

Barnpsykiatri för asylsökande

Det finns som tidigare nämnt inga särskilda riktlinjer eller rutiner för hur barnpsykiatrin ska arbeta med asylsökande barn, utan de intervjuade på BUP utgår främst från KoK-bokens beskrivning av primärvården som första linjens vård och andra generella riktlinjer för all barnpsykiatri då de bedömer vilka patienter de ska ta emot respektive återremittera. De intervjuade från vårdcentralerna har främst nämnt frågorna i hälsoundersökningsmallarna som de gör sin bedömning utifrån, avseende vilka barn som ska remitteras till BUP.

De intervjuade från BUP har inte deltagit i centralt anordnade utbildningsinsatser. HSS har inte avsatt medel specifikt till utbildningsinsatser just på BUP. Medlen som går till sjukhusen har dock fördelats utifrån om bland annat BUP finns på sjukhuset, så indirekt skulle medlen kunna gå till detta.

Tandvård till asylsökande barn

Till skillnad från de intervjuade från primärvården har inte de intervjuade från tandvården angett lika tydligt att de använt sig av Enhet Tandvårds webbplats. Informationen hämtas vanligast istället från det egna intranätet. Däremot råder det delvis olika uppfattningar bland de intervjuade från tandvården om det funnits riktlinjer eller inte, samt huruvida de varit tydliga eller inte.

De utbildningsinsatser som nämnts av de intervjuade har främst kommit ifrån folktandvården. Några av de intervjuade från både de som deltagit i någon form av utbildningsinsats och de som inte gjort det efterfrågade dock mer riktlinjer och utbildning i omhändertagande av personer från andra kulturer och bemötande av personer som bär med sig tragiska öden. HSS har inte avsatt specifika medel till tandvårdspersonal för detta som man gjort till primärvårdspersonal, däremot har även barn- och ungdomstandvården fått ett verksamhetstillskott.

2.1.3 Möjlighet till efterlevnad: Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt att information görs tillgänglig för målgruppen?

Enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd⁴ om hälsoundersökningar av asylsökande ska erbjudandet lämnas på ett språk som mottagaren förstår. Den första generella

⁴ SOSFS2011:11: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m.fl.

informationen om asylsökandes rättigheter till vård och hälsoundersökningar ska ges av Migrationsverkets personal muntligt och skriftligt. Information översatt till olika språk finns också på Migrationsverkets hemsida. Som stöd finns även i VGR en broschyr *"Vart jag vänder mig som asylsökande när jag är sjuk."* Broschyren är framtagen och finansierad av koncernstab hälso- och sjukvård i VGR och finns på flera språk. För asylsökande och personer som vistas i Sverige utan tillstånd finns även information på 1177 om vilken vård man har rätt till.

I nuläget finns översatta kallelser på asylenshetens webbplats på följande språk; arabiska, dari, engelska, romani, ryska, spanska, somaliska, thai, och tigrinja. Flera av de intervjuade ute i verksamheterna menar att de länge fick sörja för att ta fram det själva samt ordna med översättning. Enligt uppgift från koncernkontoret har detta berott på att man fått vänta på den nationella samverkansgrupp som tagit fram de gemensamma kallelserna. En ytterligare åtgärd enheten för asyl- och flyktingfrågor vidtagit för att målgruppen ska få information är att man lyft med Migrationsverket att telefonnummer och e-postadresser till asylsökande behöver lämnas ut av dem, vilket numera görs efter en förordningsändring.

Vad gäller bristen på tolkar har regionens asylnätverk väckt frågan med Tolkförmedling Väst, och man hade ett möte kring detta sommaren 2016. Från asylnätverkets sida upplevde man att man haft för liten insyn i kommunalförbundet, och man har därför försökt börja arbeta för mer direktkommunikation. Vid dialogen har det blivit tydligt att asylnätverket och kommunalförbundet haft olika bild av hur hög beläggning av tolkar förbundet haft. Enligt förbundet har beläggningen varit 98% vilket nätverket inte håller med om. Nätverket anser också att kommunalförbundet haft för låga målsättningar avseende hur många tolkar som ska ha genomgått särskild hälso- och sjukvårdsutbildning för tolkar.

HSS verkar under året inte ha hanterat tolk-frågan, däremot har man avsatt medel för att genomföra kompetenshöjande insatser till asylboendens personal, hälsoskola för nyanlända, samt informationsinsatser som riktar sig till både anställda i VGR och flyktingar.

Hälsoundersökningar till asylsökande

När det gäller information om hälsoundersökning skickar enheten för asyl- och flyktingfrågor ut så kallade inflyttningsmeddelanden till berörda vårdcentraler. Detta upplevs fungera väl nu, men under en period hann inte Migrationsverket arbeta tillräckligt fort, så att vårdcentralerna inte fick information i rätt tid.

Vårdcentralerna ska kalla den asylsökande till hälsoundersökning så snart som möjligt. Vårdcentralerna är också skyldig att informera den undersökte om dennes möjligheter att få del av hälso- och sjukvård och tandvård. Vidare ska vårdcentralen informera om hur man gör för att komma i kontakt med vården och ge en beskrivning av tillgången till förebyggande hälso- och sjukvård och tandvård. Dessa uppgifter har arbetats in i de anvisningar avseende riktlinjer och rutiner för hälsoundersökningarna som man tagit fram centralt.

Tandvård till asylsökande barn

För tandvården finns inte centralt framtagna kallelser på samma sätt som för hälsoundersökningarna inom primärvården. Även här har många kliniker istället arbetat fram egna kallelser och skickat för översättning.

Vad gäller att ge information om tandvård till samtliga asylsökande barn har klinikerna stora problem med att nå gruppen. Enheten för asyl- och flyktingfrågor har inte haft möjlighet att skicka information om vilka asylsökande som befinner sig i upptagningsområdet. Samtliga av de intervjuade klinikerna har arbetat hårt för att trots det nå ut till alla barn genom olika åtgärder och projekt. Denna fråga jobbar man dock nu med på förvaltningsnivå i folktandvården. HSS har enligt sitt reglemente i uppgift att både företräda VGR vid samverkan med statliga myndigheter och andra nationella och regionala organisationer. Då problemet med att nå de asylsökande barnen troligen finns även i andra delar av landet skulle ansvaret för att samverka med både kommuner och statliga myndigheter i denna fråga kunna anses ligga på HSS.

2.1.4 Uppföljning: Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheterna?

I både kommunallagen 6:7, och i HSS:s reglemente regleras att styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten. Styrelsen ska fastställa och följa upp årlig plan för intern styrning och kontroll.

Uppföljning förvaltningsnivå

På förvaltningsnivå har uppföljning gjorts inom flera områden. VGR:s regionala samordnare för asyl- och flyktingfrågor som anställdes i november 2015 har arbetat med att inventera vad som redan görs i regionen, vilket inte varit överskådligt och därmed har möjligheterna att lära av varandra försvårats. Verksamheter har till och med vänt sig till andra landsting för att fråga hur de gör, samtidigt som svaret kan ha funnits inom VGR:s gränser.

Enheten asyl- och flyktingfrågor för också statistik på hur många inflyttningsmeddelanden som skickats ut respektive hur många hälsoundersökningar som fakturerats. Under 2015 skickades 21 692 inflyttningsmeddelanden ut till vårdcentralerna. Vårdcentralerna fakturerade 9 045 hälsoundersökningar. Det är således en stor diskrepans mellan antalet inflyttningsmeddelanden och de faktiskt fakturerade hälsoundersökningarna. Däremot görs i dagsläget ingen kvalitetsuppföljning av hälsoundersökningarna och man vet därför inte med säkerhet om målgruppen får den vård de har rätt till.

HSS har fattat ett flertal beslut avseende fördelning av statliga extratillskott med anledning av de ökade flyktingströmmarna. Uppföljningen av dessa sker genom dialogmöten mellan koncernkontoret och samtliga verksamheter som fått de riktade bidragen. En av de intervjuade har dock uppgett att mer strukturerade rutiner och uppföljning i dessa beslut hade behövts.

Uppföljning styrelsenivå

Styrningen av vård till asylsökande från HSS har under 2016 framförallt skett via ekonomisk styrning och främst i RS:s rapporterings- och uppföljningsprocess. Uppföljningen har främst haft fokus på hur medel fördelats i regionen, men i viss mån också några styrelsers upplevda påverkansgrad på verksamheten enligt MSB:s kriterier. Man har också beskrivit att det varit svårt för verksamheterna att förbruka de utdelade medlen under 2016 då det ofta är personalresurser som är bristen vilket är svårt att lösa utan ett långsiktigt resurstillskott. Detta bekräftas också av flera av de intervjuade i utförarverksamheterna. Inga specifika åtgärder har vidtagits av HSS i samband med denna rapporteringsprocess, utan man har hänvisat till vad som redan pågår.

Förutom uppföljningen enligt RS:s rapporteringsprocess har HSS haft ett flertal informationsärenden avseende vård till asylsökande och flyktingsituationen. Man har också gett hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram behovsunderlag angående flyktingsituationen och resurserna inom hälso- och sjukvården som sedan fått ligga till grund för den första medelsfördelning som gjordes av statliga medel. Utifrån detta underlag gav HSS också direktören i uppdrag att utreda behovet och möjligheten att koncentrera utförandet av hälsoundersökningar, samt att undersöka behovet och möjligheten att etablera ett kunskapscenter för migration och hälsa.

Vad gäller tandvård har HSS fattat beslut avseende omprioriteringar under 2016 i samband med stora flyktingströmmar. Man förändrade bland annat det så kallade revisionsintervallet genom att förlänga den maximala tiden mellan två tandvårdsundersökningar för barn och unga vuxna med låg risk att utveckla sjukdom från 18 till 24 mån. Anledningen beskrevs vara för att under 2016 kunna möta de ökande behoven inom tandvården som uppstått med anledning av de stora flyktingströmmarna och skulle enbart gälla under 2016.

2.2 lakttagelser primärvårdsstyrelsen

Primärvårdsstyrelsen som utförarstyrelse ansvarar för att verka för att fastställda mål uppnås, och i övrigt att följa givna uppdrag och angivna riktlinjer. De ska bedriva vård enligt KoK-boken och svara för drift, förvaltning och utveckling av de verksamheter som ingår. I uppgifterna ingår att bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt, samt utveckla och följa upp verksamheten enligt RF:s beslut samt RS:s och HSS:s anvisningar. De är också ansvariga för att verksamheterna uppfyller de krav och villkor som ställs i KoK-boken.

2.2.1 Kännedom om styrsystemet: Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att anställda får information och utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

Vad gäller hälsoundersökningar har samordnaren för närhälsans (primärvårdsstyrelsens förvaltning) medicinska råd tagit fram en övergripande riktlinje kallad "Riktlinjer för vård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd". Den beskriver generellt vad som gäller enligt lag, men också hur exempelvis registreringen av patienten ska gå till i praktiken. Man hänvisar också till enheten för asyl- och flyktingfrågors webbplats för mer information.

Implementeringen av uppdraget avseende hälsoundersökningar följer närhälsans ordinarie system för hur uppdrag implementeras. Således har man använt både den operativa linjeorganisationen och den "medicinska linjen" för att informera medarbetare. De intervjuade anger att de fått kännedom om riktlinjerna både via områdeschefen (operativ linje) och via intranätet och medicinska rådets utskick (medicinsk linje). Områdeschefen själv menar att han främst informerat kring närhälsans egen övergripande riktlinje. De intervjuade vårdcentralscheferna har lyft och diskuterat riktlinjerna på flera olika sätt med sin personal, främst APT men även på särskilda yrkesgruppsmöten, morgonmöten och via mail om det är något akut. Man har också haft nätverksträffar med andra vårdcentraler och Närhälsans ledning.

Vad gäller utbildning har några av de intervjuade deltagit i vissa föreläsningar och seminarier. Däremot verkar det inte ha funnits några systematiska utbildningsinsatser från styrelsens sida.

2.2.2 Möjlighet till efterlevnad: Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att asylsökande får hälsoundersökningar i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

För de tre vårdcentraler som ingår i granskningen, Karlsborg, Falköping och Tidaholm, har antal flyktingar som anvisats till kommunerna sett väldigt olika ut de senaste åren. Trots att detta sett olika ut och pågått olika länge lyfts många liknande svårigheter med att utföra uppdraget att erbjuda hälsoundersökningar till asylsökande. Ett av de största problemen för vårdcentralerna har varit att de av olika orsaker fått lägga tid på mycket mer än bara vården och genomförandet av hälsoundersökningarna. Samtliga lyfter fram brister i Migrationsverkets system avseende att verksamheterna inte får information om någon patient flyttat inom eller utanför upptagningsområdet, vilket har gjort att mycket tid lagts på enbart att försöka kalla de asylsökande. Det innebär också att vårdcentralerna inte kan veta säkert att de nått ut till alla inom upptagningsområdet.

Verksamheterna har arbetat fram ett flertal lösningar för att alla asylsökande ska kunna erbjudas hälsoundersökning i rätt tid. Sedan två år tillbaka har man haft svårare att kalla i rätt tid, och man har därför fått använda sig av VGR:s prioriteringsordning allt mer, där barn ska kallas i första hand. Två av de intervjuade vårdcentralerna menar att det för deras upptagningsområde är max sex månaders väntetid. Den tredje vårdcentralen beskriver att för de patienter som kallas är väntetiderna kortare än sex månader, men där har man valt att framförallt kalla endast barnen.

Några av vårdcentralerna har fått ta del av en del av de statliga medlen för att möta flyktingströmmarna, men menar att det inte är de ekonomiska resurserna som är problemet utan bemanningen. Det har varit svårt att rekrytera och det har varken varit ekonomiskt möjligt eller beslutat från centralt håll att kunna låna personal respektive beordra personal till de enheter som har det kärt. Ett par av vårdcentralerna beskriver även att man börjar se undanträngningseffekter för framförallt kroniskt sjuka patienter som ska kallas till kontroll årligen. På en av dessa vårdcentraler har det lett till att man aktivt valt att prioritera bort hälsoundersökningar till vuxna, för att kunna fortsätta kalla kroniskt sjuka med årligt intervall. Hälsoundersökningar till barn prioriteras dock alltid först. Områdeschefen menar dock att det inte blivit undanträngningseffekter i någon större utsträckning för hela området, samt att man varit med om liknande toppar tidigare, men då av andra orsaker.

Vad gäller samarbetet med Bräcke Diakoni har detta setts och hanterats som en pragmatisk och "obyråkratisk" lösning, då Bräcke haft kapaciteten och också arbetat upp en god kompetens. Överenskommelsen har varit muntlig, men då patienterna inte är listade så råder ingen konkurrenssituation. Samverkan initierades då vårdcentralerna började få svårt att hinna med hälsoundersökningarna, och områdeschefen beskriver det som en framgångsfaktor att Bräcke Diakoni haft ett mobilt team som kunnat åka ut till boendena.

2.2.3 Möjlighet till efterlevnad: Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att information görs tillgänglig för målgruppen?

Samtliga vårdcentraler uppger att de haft problem med uteblivna besök som inte enbart berott på att man haft felaktiga/inte hittat adresser till de asylsökande. Vårdcentralerna har haft olika sätt att lösa detta och nå ut med informationen till målgruppen. I Karlsborg fick man hjälp av civilsamhället som "knackade dörr" vid boendena och personligen meddelade patienter att de

hade tid på vårdcentralen. I Falköping och Tidaholm har man istället haft mycket uppsökande verksamhet på ankomstboenden, SFI och skolor, i samarbete med kommunen.

När det gäller information och kommunikation har det dock generellt varit tillgången till tolk som lett till problem på vårdcentralerna. I Tidaholm har man skapat en särskild asylmottagning som har utökade öppettider de veckor det har anlänt många asylsökande, där man bokar in tolk på förhand under de öppettiderna. Asylmottagningens öppettider anpassas också efter busstidtabellen till och från ett av asylboendena. De intervjuade beskriver också att man inventerat de anställdas språkkunskaper för att kunna använda i sista hand om det inte går att få tag på tolk. Det ses dock inte som optimalt utan man vill i görligaste mån använda sig av auktoriserade tolkar.

2.2.4 Uppföljning av styrsystemet: Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheterna?

Under andra hälften av 2015 och 2016 har inga beslutsärenden specifikt avseende vård till asylsökande lyfts på styrelsenivå och dokumenterats i protokoll. I rapporterings- och uppföljningsprocessen enligt RS:s anvisningar har en rapportering förekommit. Styrelsen har dock vid ett tillfälle beskrivit att man klarar att utföra uppdraget avseende att erbjuda asylsökande hälsoundersökning inom *tre* månader. Förutom detta har en del hinder mot utförandet av uppdraget beskrivits, vilka också ofta är samma som de som de intervjuade beskrivit. Styrelsen har därmed lyft in mer än bara ekonomisk rapportering och uppföljning. Man har även beskrivit att VGR:s finansiella hantering av fördelningen av statsbidrag varit otydlig, kommunikation och betalning har skett vid olika tillfällen från de olika nämnderna, samt upplevs kriterierna för ersättning och fördelning skilja sig åt mellan nämnderna. Detta menar man försvårar både styrning och uppföljning för så väl verksamhet som förvaltning. Styrelsen har dock inte beslutat om några särskilda åtgärder i anslutning till dessa rapporter.

Styrelsen har haft ett flertal informationsärenden avseende vård till asylsökande. Detta har skett både på särskild efterfrågan av styrelsen och direktörens rapportering. Styrelsen har inte vidtagit åtgärder utifrån dessa rapporter, däremot har förvaltningen lämnat in en ansökan till regionen om extra medel för att kunna möta upp behovet, genom att utrusta sig med mobila enheter som åker ut till flyktingboenden. Ingen av de intervjuade beskriver att de lämnat in någon särskild annan uppföljning till primärvårdsstyrelsen, däremot viss ekonomisk uppföljning till HSN Ö inför att de extra medlen skulle delas ut. Områdeschefen uppger att viss ekonomisk uppföljning gjorts på primärvårdsområdesnivå i just område V9. Flera av de intervjuade har lyft att ingen kvalitetsuppföljning gjorts av genomförda hälsoundersökningar, utan man har litat på att Bräcke följer de lagar och riktlinjer som är uppsatta.

Sammanfattningsvis har primärvårdsstyrelsen främst hanterat uppföljning av verksamheterna på två sätt. Dels har man översiktligt beskrivit situationen i regionens ordinarie rapporteringsprocess. Dels har styrelsen, främst under hösten 2015, fått muntlig information via primärvårdsdirektören på sammanträdena och hanterat detta som informationsärenden. Trots den information styrelsen fått, bland annat att man kan skönja vissa undanträngningseffekter, att trycket och därmed arbetsbelastningen är ojämnt fördelad över regionens vårdcentraler så verkar styrelsen inte ha beslutat om explicita åtgärder i anslutning till att informationen givits. Man verkar inte heller på styrelsenivå systematiskt och dokumenterat ha följt upp exempelvis hur hög genomförandegraden av hälsoundersökningar varit eller vidtagit några åtgärder för att höja denna.

2.3 Iakttagelser styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

2.3.1 Kännedom om styrsystemet: Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus säkerställt att anställda får information och utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

SkaS har i huvudsak använt sig av sitt vanliga system för informationsöverföring. Information om vilka anvisningar som gäller har främst skett genom SkaS:s intranät och via linjeorganisationen. Man beskriver dock problemen med att det också kommer information som inte går via linjen, utan kan komma ifrån HR, ekonomi eller stödfunktioner vilket kan riskera att information försvinner på vägen. Informationen förs ut till de anställda via ledningsmöten och APT, samt mail. Hela BUP har inte deltagit i utbildningsinsatser avseende asylsökande barn. Enskilda anställda har dock kunnat delta i kurser, exempelvis vidareutbildning i traumafokusering, men liksom för primärvårdens del verkar det inte ha varit någon systematisk utbildningsinsats från SkaS:s sida.

2.3.2 Möjlighet till efterlevnad: Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus säkerställt att asylsökande barn som remitterats till barn- och ungdomspsykiatri får vård i enlighet med de regler och riktlinjer som finns för verksamheten?

BUP på SkaS har inte upplevt något behov av att rigga om organisationen på något särskilt utifrån ökade flyktingströmmar, utan gruppen asylsökande barn ingår i det ordinarie arbetssättet. Man får cirka ett tiotal remisser avseende asylsökande i månaden. Det har inte upplevts som en större massa och därmed inte ett problem. Remisserna kommer inte bara från primärvården utan även HVB-hem, socialtjänst med mera. Överläkaren har informerat BUP om att de ska ha en generös hållning i förhållande till asylsökande som söker vård på grund av vad de kan ha upplevt tidigare och som kan skapa trauma. De ställs i den vanliga kön men prioriteras upp efterhand som BUP går igenom kölistan.

BUP beskriver att man nu gått över till en strängare tolkning av de generella riktlinjerna i framförallt KoK-boken, där man menar att det slås fast att primärvården är första linjens vård. Riktlinjerna gäller för samtliga barn och inte enbart asylsökande. BUP anser att den strängare tolkningen är mer överensstämmande med riktlinjernas intentioner och att man tidigare varit för snälla. Denna tolkning har dock inte tydligt slagits fast på styrelsenivå. Fram till i somras hade man inte heller särskilt kommunicerat med primärvården kring att man nu ändrat sin tolkning av riktlinjerna, däremot betonar man i de enskilda remissvaren att det är primärvården som är första linjens vård. Bland de intervjuade i primärvården har det däremot framkommit att flera anser att "det inte är någon idé" att remittera just asylsökande barn till BUP. En av de intervjuade menar att upplevelsen är att just denna grupp får en summarisk bedömning av BUP och ansåg det vara svårt att utläsa motiven till att framförallt asylsökande barn återremitterats.

Chefen för BUP anser att BUP skulle behöva stötta upp vårdcentralernas kompetens mer för att kunna återremittera patienter som primärvården skulle kunna klara av. Det behövs också en kommunikation kring vad BUP ska göra och vad som åligger primärvården i vårdkedjan, där man inte är helt överens. BUP ser också att kompetensutveckling av boendepersonal skulle kunna göra att många asylsökande barn inte behövde remitteras, då en del av de remisser BUP får grundas i en problematik som ingår i det vanliga vårdnadshavaransvaret att hantera. BUP har därför arbetat med informationsinsatser på Migrationsverkets boenden. Att primärvården upplever att antal återremisser av asylsökande barn ökat kan enligt BUP också

bero på att BUP behöver säkerställa att barnet har en stabil miljö omkring sig och exempelvis veta var barnet kommer att få bo innan behandling startas, för att behandlingen ska kunna bli lyckosam. Ibland ser BUP därför att man bör vänta en tid med behandling så att den asylsökandes vardag tryggas först. Man betonar dock att är barnet allvarligt sjukt påbörjas behandlingen ändå, oavsett hur livssituationen ser ut. Ett problem som inte drabbar bara asylsökande barn inom SkaS:s område är att BUP just nu har långa väntetider generellt.

2.3.3 Uppföljning av styrsystemet: Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheterna?

Utifrån den protokollgenomgång som genomförts går det att konstatera att sjukhusets generella arbete med vård till asylsökande främst följs av styrelsen genom rapporterings- och uppföljningsprocessen till RS. Förutom beskrivningar av hur man arbetat beskriver man också att SkaS hade en ökad påverkan i verksamheten på grund av flyktingsituationen i Skaraborg. Först vid delårsrapport augusti bedömde styrelsen att även BUP var en av de verksamheter som påverkats mest enligt SkaS:s bedömning, bland annat på grund av ökad andel traumatiserade patienter.

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus har haft ett par informationsärenden avseende asylsökande och BUP. I maj 2016 var verksamhetschefen hos styrelsen och berättade om BUP generellt men också specifikt kring deras arbete med asylsökande. Styrelsen frågade då också, enligt uppgift, kring förvaltningens kännedom om gällande riktlinjer och rutiner på området. Styrelsen har dock enligt protokollen inte vidtagit några andra åtgärder avseende den uppföljning de fått av verksamheterna genom både den systematiska återrapporteringen respektive rapportering via informationsärendena. Området har inte ingått i styrelsens risk- och väsentlighetsanalys för 2016, eller i internkontrollplanen.

2.4 Iakttagelser tandvårdsstyrelsen

Tandvårdsstyrelsen som utförarstyrelse ansvarar för att verka för att fastställda mål uppnås, och i övrigt att följa givna uppdrag och angivna riktlinjer. De ska bedriva tandvård enligt beställning och andra regionuppdrag och svarar för drift, förvaltning och utveckling av de verksamheter som ingår. I uppgifterna ingår att bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt, samt utveckla och följa upp verksamheten enligt RF:s beslut samt RS:s och HSS:s anvisningar.

2.4.1 Kännedom om styrsystemet: Har tandvårdsstyrelsen säkerställt att anställda får information och utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

Liksom Primärvårdsstyrelsen och BUP SkaS arbetar tandvårdsstyrelsen generellt med informationsöverföring och implementering via linjeorganisationen. Kanalerna som används för att föra ut information till respektive klinik är chefsmöten och ledningsgruppen inom område Öster, intranätet och mail. På kliniknivå förs informationen sedan vidare till medarbetarna via APT, facklig samverkan och gruppmöten/yrkesgruppmöten. Samtliga intervjuade trycker mycket på att det framförallt är intranätet som är navet i informationsflödet och att man har tydliga rutiner på varje klinik för att varje medarbetare ska använda sig av det i sitt dagliga arbete.

En av klinikerna har angett särskilt att de saknat sådana nätverksträffar som Närhälsan har, och utbildning inom t.ex. kulturkrockar och behandlingsmässigt kring vissa munhälsoproblem. Utbildningsinsatser från folktandvården har dock funnits, vilket några av de intervjuade deltagit i.

2.4.2 Möjlighet till efterlevnad: Har tandvårdsstyrelsen säkerställt att asylsökande barn får tandvård i enlighet med gällande regler och riktlinjer?

Det som av samtliga nämnts som det absolut största hindret för klinikerna att erbjuda asylsökande barn tandvård är att tandvården inte får inflyttningsmeddelanden från Enheten Asyl- och flyktingfrågor avseende vilka barn som finns i upptagningsområdena. Klinikerna kan därför aldrig säga med säkerhet att de faktiskt nått alla barn (se även avsnitt 2.4.3).

Både på klinik- och områdeschefnivå är man också eniga om att en av de viktigaste framgångsfaktorerna till att klinikerna ska klara att utföra uppdraget såsom situationen sett ut är att vara fullbemannade. Antalet asylsökande är inte jämnt fördelat i regionen, och olika verksamheter har därför blivit olika belastade. Dock har många asylsökande hänvisats till orter i glesbygden och/eller VGR:s ytterområden, där flera kliniker upplever att det är svårrekryterat. Snedfördelningen tillsammans med resursbrist gör att flera av de intervjuade efterfrågat att allmäntandvårdchefen skulle kunna beordra mer erfarna tandläkare att rotera då och då och arbeta i regionens ytterområden. På en av klinikerna har man dock gjort detta tidigare, men menar att det inte är optimalt ur konkurrenssynpunkt.

Ytterligare en svårighet kliniken stött på är att tandstatusen på asylsökande barn- och ungdomar ofta är betydligt sämre än den tandstatus folkbokförda barn har, och kanske mer liknande den tandstatus som folkbokförda barn hade för ett par decennier sedan. Detta kan innebära utmaningar för framförallt nyutexaminerade som utbildats i andra sorters behandlingar än de som är mest lämpade för denna patientgrupp.

Klinikerna bedömer överlag att de klarar sitt huvuduppdrag (barn och friskvård), och kan kalla de prioriterade grupperna utifrån de fastlagda revisionsintervallen. Däremot uppger flera kliniker att de ser undanträngningseffekter gentemot vuxna patienter som inte är friskvårdspatienter. Man kunde i vissa fall inte ange för den patientgruppen hur lång väntetiden skulle kunna tänkas bli.

Slutligen finns en viktig skiljelinje mellan tandvården till asylsökande respektive folkbokförda barn. Även om asylsökande barn har rätt till samma tandvård som folkbokförda barn påbörjas inte tandregleringsinsatser innan barnen får uppehållstillstånd. Detta för att inte riskera att starta något man inte kan slutföra om barnet utvisas eller flyttar till annat landsting.

2.4.3 Möjlighet till efterlevnad: Har tandvårdsstyrelsen säkerställt att information görs tillgänglig för målgruppen?

Eftersom det varit problematiskt för folktandvårdsklinikerna att få tillgång till information har de fått lägga resurser på att försöka hitta lösningar på situationen, vilket man gjort på en mängd olika sätt. Tandvårdens personal har arbetat uppsökande med att informera om barnens rätt till tandvård och vuxnas rätt till akutvård, och för att den vägen också få information om vilka barn som befinner sig i upptagningsområdet. I Falköping och Tibro gör man sedan tidigare fler besök i skolan, vilket innebär en extra chans att fånga upp fler barn. Vissa arbetar aktivt med att "fånga in" även syskon om något barn kommer och söker akut. En klinik har också projekt med att starta upp en familjecentral där det också ska finnas tolk, en annan har

Postadress:	Besöksadress:	Telefon:	Webbplats:	E-post:
Revisionsenheten	Östergatan 1	010-441 05 91	www.vgregion.se	revision@vgregion.se
Västra Götalandsregionen	Vänersborg			
462 80 Vänersborg				

mycket samarbete med SFI och får komma dit och informera, och på ytterligare en försöker man besöka varje boende i kommunen, för att säkerställa att målgruppen faktiskt fått den information de har rätt till och behöver. Flera av de intervjuade försöker också ha kontakt med socialtjänsten avseende vilka barn som finns i upptagningsområdet, men sekretessen förhindrar informationsutbytet.

Problemet med information om barn i upptagningsområdet är väl känt på central nivå inom folktandvården. Förvaltningens samordnare inom asyl- och flyktingfrågor har arbetat mycket mot Migrationsverket för att försöka få till stånd att även tandvårdsklinikerna ska kunna få tillgång till sådana inflyttningsmeddelanden som primärvården får. Detta är nu på väg att ändras och folktandvården kommer via Enheten Asyl- och flyktingfrågor att få tillgång till ett system med liknande information som vårdcentralerna får.

Tandvårdsstyrelsen har, liksom primärvårdsstyrelsen och BUP, haft problem att få tolkar. I vissa fall har tandvården löst det med personal som har språkkunskaper. Det finns dock en risk att det blir en alltför personlig relation om man använder egen personal varför man inte tycker det är optimalt. På en av klinikerna har de ibland fått be patienter återkomma någon dag senare om det varit möjligt ur patientsäkerhetssynpunkt, för att kunna säkerställa att de får en korrekt anamnes med hjälp av tolken innan de behandlar. Kliniken har stämt av tillvägagångssättet med tandvårdsstyrelsens samordnare för flyktingfrågor. Ingen av klinikerna har samarbetat med t.ex. närhälsan för att söka samordna tolkbeställningarna eller rutiner kring tolkbeställningar.

2.4.4 Uppföljning av styrsystemet: Har tandvårdsstyrelsen säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheterna?

I tandvårdsstyrelsens riskanalys och internkontrollplan för 2016 är området "Ökat asylmottagande – omhändertagande" identifierat som en "sannolik och allvarlig" risk för styrelsen. Risken skulle hanteras genom sammanställning av antal asylsökande barn och vuxna, vilket skulle rapporteras i styrelsens ordinarie rapporteringsprocess. Vid samma sammanträde gav man även ett särskilt uppdrag till tandvårdsdirektören att rapportera asylmottagandets konsekvenser för verksamheten och hur tillgängligheten påverkats till styrelsen. I uppdraget ingick även att redovisa hur de mobila klinikerna använts och hur överenskomna uppdrag påverkas.

Arbetet med asylsökande har följts upp som beslutat i FTV:s ordinarie rapporteringsprocess till ägaren. Rapporteringen har varit utförlig och belysts ur flera perspektiv, man har analyserat var i regionen man upplever högst belastning, vilka patientgrupper som har fått försämrad tillgänglighet sedan 2015 och orsakerna till detta.

Sedan hösten 2015 har tandvårdsstyrelsen kontinuerligt också fått information om hur flyktingsituationen påverkar verksamheten. Förvaltningen har informerat om vilka åtgärder man vidtagit och vilka åtgärder man planerat. Man beskriver också att man har kommunicerat med HSS om att man behöver få till stånd förändringar i regelverket som innebär att man förlänger revisionsintervaller på de friska barnen, för att klara av en ökad verksamhet. Detta beslutade HSS senare om. I flera av informationsärendena beskrevs att grundproblemet är rekryteringssituationen i framförallt glesbygden, dit det också kommit många asylsökande.

2.5 Bedömning

Under 2015 och början av 2016 har Västra Götalandsregionens asylmottagande under perioder ökat mycket jämfört med tidigare. Detta skapade, främst under hösten 2015, ett fokus på akuta behov inom vården. Det har i granskningen varit tydligt att de förvaltningar och verksamheter vi träffat arbetat hårt för att inom sitt ansvarsområde tillgodose vård och tandvård till asylsökande. På styrelsenivå ser vi att styrelserna följt arbetet och varit aktiva genom att efterfråga information. Mot bakgrund av detta är fokus hur respektive styrelse hanterat den extraordinära situationen och haft en krismedvetenhet i sitt riskarbete.

Utifrån granskningens syfte och uppsatta revisionskriterier, främst HSS:s eget reglemente och kommunallagens krav på att bedriva verksamheten på ett tillfredsställande sätt, är bedömningen att HSS på styrelsenivå inte säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter. Främst då styrelsen inte sett över, analyserat och vid behov anpassat styrsystemet då flyktingsituationen förändrades drastiskt. HSS har varit aktiva genom att efterfråga viss information och utifrån den fatta beslut om åtgärder, och har på så sätt prioriterat frågan. Att inte ha sett över styrningen till andra verksamheter och därmed inte skapat tillräckliga förutsättningar för dem gör att HSS inte i tillräcklig omfattning levt upp till sitt ansvar som systemägare, vilket inneburit risk för bristande samordning av uppdraget.

Utifrån kriterierna i primärvårdsstyrelsens reglemente, där styrelsens ansvar för att gällande föreskrifter följs av verksamheterna slås fast, bedöms primärvårdsstyrelsen delvis ha säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande föreskrifter.⁵ Styrelsen har dock brustit i att vidta tillräckligt kraftfulla åtgärder på övergripande nivå för att komma tillrätta med de problem verksamheterna rapporterat samt hur man följt upp verksamheterna. Vad gäller Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har också de ansvar enligt sitt reglemente för att gällande föreskrifter följs av verksamheterna.⁶ Utifrån dessa kriterier bedöms styrelsen för SkaS delvis ha säkerställt att asylsökande barn inom psykiatrin får vård i enlighet med föreskrifterna, men de har brustit i att säkerställa samverkan och kommunikation med primärvården.

Slutligen bedöms tandvårdsstyrelsen utifrån sitt ansvarsområde i reglementet ha säkerställt att målgruppen får vård i enlighet med gällande lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer för området.⁷ Detta då de, liksom övriga styrelser, efterfrågat mycket information men utifrån detta skapat ett styrsystem som möjliggjort en systematisk hantering av frågan. Tandvårdsstyrelsen bedöms ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll, övriga styrelser bedöms inte ha haft en tillräcklig intern styrning och kontroll utifrån att de inte har värderat eller hanterat eventuella risker i sitt ordinarie risk-arbete.

I följande avsnitt beskrivs de specifika bedömningarna uppdelat per revisionsfråga. Under varje fråga beskrivs bedömning per styrelse (förutom fråga 1 som endast gäller HSS).

2.5.1 Styrssystem: Har hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutat om nödvändiga riktlinjer och/eller rutiner för målgruppen?

Vad gäller hälsoundersökningar går det att konstatera att anvisningar finns, tack vare att koncernkontoret tagit fram detta. HSS har inte utdelat något tydligt mandat eller delegation till någon att göra detta eller fattat tydliga beslut själva. Det styrsystem som finns för

⁵ Reglemente för primärvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen, antaget av RF 2015-11-24, § 204

⁶ Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus i Västra Götalandsregionen, antaget av RF 2015-11-24, § 204

⁷ Reglemente för tandvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen, antaget av RF 2015-11-24, § 204

hälsoundersökningar har därför ett tydligt fokus på rutiner, på grund av att koncernkontoret identifierat ett behov som de ansett att de kunnat möta genom att ta fram en rutin. Det bedöms som en brist att HSS inte klargjort vem som har mandatet att besluta om anvisningar vad gäller hälsoundersökningar, alternativt att man inte använt den organisation som redan finns för att ta fram regionövergripande medicinska riktlinjer, vilket hade kunnat ge vårdområdet den möjlighet till kvalitetssäkring och utvärdering förvaltningen ville skapa redan 2010.

Även vad gäller tandvård till asylsökande saknas anvisningar som är tydligt beslutade och/eller identifierade av HSS. Även inom tandvård har därför koncernkontoret fått se till att ta fram riktlinjer. Jämfört med de anvisningar som finns vad gäller hälsoundersökningar innehåller de av koncernkontoret framtagna anvisningarna för tandvård till asylsökande barn mer riktlinjer, och tandvårdsstyrelsen har också själva bett om och fått förtydliganden från HSS avseende prioriteringar. Vad gäller tandvård till asylsökande barn i övrigt har inga ytterligare behov av riktlinjer lyfts. Bedömningen är därför att det visserligen finns en brist i utformningen av styrsystemet i och med att HSS inte tydligt beslutat vem som har mandatet att besluta om anvisningar vad gäller tandvård till barn, men att behovet av anvisningar ändå förefaller vara tillgodosett inom detta område.

Inom psykiatri till asylsökande barn finns inga särskilda anvisningar från VGR. Det är oklart om HSS gjort eller gör någon form av behovsanalys för att säkerställa att man har riktlinjer och rutiner för de områden som behövs. Andra anvisningar förefaller snarast ha uppstått utifrån ett från koncernkontoret identifierat och efterfrågat behov, snarare än att HSS har en rutin för att säkerställa att man arbetar fram och beslutar om de anvisningar som behövs. Vad gäller barnpsykiatri verkar det inte finnas något behov inom SkaS förvaltning av förtydligande riktlinjer eller rutiner, däremot kan problematiken mellan dem och primärvården avseende vilken nivå som ska ta hand om vilken patientgrupp indikera att någon form av förtydligande anvisning hade varit lämplig. Det ligger också i linje med resultaten av andra granskningar som gjorts av andra vårdområden, där man sett att det finns ett behov av förtydliganden mellan primärvård och specialistvård.

Sammantaget är bedömningen att HSS inte beslutat om nödvändiga riktlinjer vad gäller hälsoundersökningar, men koncernkontorets framtagna rutiner täcker upp till viss del. Vad gäller tandvård förefaller behovet av anvisningar vara tillgodosett utifrån vad koncernkontoret tagit fram, även om tydligare beslut från HSS vore önskvärt. Vad gäller barnpsykiatri finns inga rutiner eller riktlinjer på området, vilket HSS inte gjort någon behovsanalys kring. HSS har för de granskade områdena inte på ett tydligt sätt tagit ställning till vilken styrning som finns på området eller säkerställt att den finns tillgänglig och samlad.

2.5.2 Kännedom om styrsystemet: Har styrelserna säkerställt att anställda får information och utbildning för att genomföra sina arbetsuppgifter i enlighet med de regler och riktlinjer som finns för verksamheten?

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Det sätt som använts för att överföra information från koncernkontoret till utförarnas förvaltning verkar inte vara styrt från politiskt håll. Det har snarast från koncernkontorets sida uttryckts en önskan om en tydligare politisk inriktning och regionövergripande plan, kring både innehållet i informationen samt förtydligande av hur informationen ska överföras i organisationen. Koncernkontoret har dock gjort det de kunnat för att föra ut information.

För styrelsens del bedömer vi dock att det i och med att det finns vissa brister vad gäller tydligheten i utformningen av styrsystemet och vilka anvisningar som gäller, så är det svårt att i andra ledet kunna säga att styrelsen verkligen säkerställt att anställda får information i enlighet med regler och riktlinjer. Granskningen har också visat att de intervjuade känt till *var* informationen gått att hitta men vad gäller hälsoundersökningarna verkar informationen om att dessa ska vara gjorda inom två månader inte ha nått de intervjuade. De har istället hänvisat till en gräns på sex månader. Detta visar på risker för att HSS inte fullt ut säkerställt att anställda får tillräcklig information.

Fram till hösten 2016 var även utbildningsinsatser på området främst efterfrågestyrda. Det har inte varit tidsmässigt möjligt för de som arbetat med dessa frågor att hinna ut och utbilda mer systematiskt förrän nu. Av HSS:s reglemente framgår att de är ansvariga för sjukvårdens innehåll och kvalitet, samt att de ska verka för vård på lika villkor för befolkningen i VGR. Med de beslut HSS fattat avseende särskilda medel till utbildning för bl.a. primärvårdspersonal, och utredningen kring lärandecentrum för migration och hälsa är bedömningen att HSS nu skapar förutsättningar för att kunna säkerställa att det finns kommunikationsvägar samt analysera i vilken mån utbildning behövs och fatta beslut utifrån det.

Primärvårdsstyrelsen

Primärvårdsstyrelsen ansvarar enligt reglementet för att verksamheterna följer givna uppdrag och angivna riktlinjer. Som tidigare nämnt hänvisar HSS övergripande i KoK-boken inom vilken central enhet anvisningar finns. Primärvårdsstyrelsen har också använt sitt ordinarie system för informationsöverföring och implementering, och både fört ut några av HSS:s anvisningar samt tagit fram lokala riktlinjer utifrån dessa. Bedömningen är därför att primärvårdsstyrelsen har säkerställt att anställda får information om de regler och riktlinjer som finns för verksamheten.

När det gäller utbildning till de anställda har man inte agerat lika systematiskt. De anställda i verksamheterna har kunnat gå på kurser och föreläsningar, men bland de intervjuade är det inte alla som deltagit i sådana. Det är inte tydligt hur styrelsen arbetar för att kartlägga de anställdas behov av utbildning på området och hur man ämnar nå ut och få spridning av insatserna. Situationen 2015 och 2016 kan i viss mån ha gjort att sådana övergripande analyser inte prioriterats, samtidigt som HSS nu också beslutat om insatser till bland annat primärvårdspersonal. Det är dock av vikt att primärvårdsstyrelsen tar ställning till om dessa insatser räcker eller om det finns ytterligare behov hos personalen.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ansvarar enligt reglementet för att verksamheterna följer givna uppdrag och angivna riktlinjer. Precis som för de övriga två granskade utförarstyrelserna har SkaS:s informationsöverföring och implementering till BUP skett via linjeorganisationen, vilket är det ordinarie systemet för informationsöverföring. Även utbildningar har erbjudits personalen men det är oklart om någon inventering av utbildningsbehov gjorts på övergripande nivå. Eftersom en kännbar påverkan av flyktmottagandet skulle kunna komma något senare på BUP än inom primärvården och tandvården är detta ett viktigt område för styrelsen att säkerställa för framtiden.

Tandvårdsstyrelsen

Tandvårdsstyrelsen ansvarar enligt reglementet för att verksamheterna följer givna uppdrag och angivna riktlinjer. Som tidigare nämnt hänvisar HSS övergripande i regionala riktlinjer

Postadress: Revisionsenheten Västra Götalandsregionen 462 80 Vänersborg	Besöksadress: Östergatan 1 Vänersborg	Telefon: 010-441 05 91	Webbplats: www.vgregion.se	E-post: revision@vgregion.se
--	---	---------------------------	-------------------------------	---------------------------------

för barntandvård var anvisningar avseende asylsökande finns. Tandvårdsstyrelsen har dock också använt sitt ordinarie system för informationsöverföring och implementering, och fört ut några av HSS:s anvisningar via det. Bedömningen är därför att tandvårdsstyrelsen säkerställt att anställda får information om de regler och riktlinjer som finns för verksamheten.

Vad gäller utbildning verkar viss systematik i hur man får information om dem ha saknats. Medan vissa menar att det funnits utbildningar menar andra att det inte gjort det. Vad gäller just utbildning har man bland både klinikerna och centralt uppmärksammat att det finns ett kompetensproblem i att många av de som utexamineras just nu inte har fått träning i att behandla barn med sådan munhälsostatus som vissa grupper av de asylsökande barnen har. Att styrelsen anställt en samordnare centralt på halvtid, som bland annat arbetar med dessa frågor gör att styrelsen bedöms ha vidtagit åtgärder för att på en mer strategisk och övergripande nivå kunna säkerställa att utbildningsbehov kartläggs och tillgodoses.

2.5.3 Möjlighet till efterlevnad: Har styrelserna säkerställt att asylsökande (barn) får vård och tandvård i enlighet med de regler och riktlinjer som finns för verksamheten?

Primärvårdsstyrelsen

Primärvårdsstyrelsen ansvarar bland annat för att verksamheterna följer vad som anges i lag och annan författning, givna uppdrag och riktlinjer, anvisningar från HSS och KoK-bokens krav. I granskningen har det blivit tydligt att verksamheterna arbetat hårt för att säkerställa hälsoundersökningarnas genomförande både genom att rigga om organisationen på den egna mottagningen eller komma överens med en extern part om genomförandet. I de verksamheter vi intervjuat har man lagt mycket tid och resurser på att lyckas med detta uppdrag och respektive vårdcentral har utifrån sitt ansvar arbetat för att säkerställa att den asylsökande får sin hälsoundersökning. Det är dock inte tydligt vad primärvårdsstyrelsen på övergripande nivå vidtagit för åtgärder för att säkerställa att hälsoundersökningarna sker i rätt tid, för att utjämna de skillnader som verkar finnas i VGR i genomförandegrad, för att säkra kvaliteten samt vad man gjort för att eliminera de hinder verksamheterna uppgett funnits för hälsoundersökningarna. Det är därför inte tydligt att primärvårdsstyrelsen faktiskt säkerställt att asylsökande får hälsoundersökningar i enlighet med anvisningarna.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ansvarar för att verksamheterna följer vad som anges i lag och annan författning, givna uppdrag och riktlinjer, anvisningar från HSS och också för att samråda med övriga utförarstyrelser för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen. SkaS har uppvisat brister i hur man säkerställt att förvaltningen samrått och samordnat vårdproduktionen. Detta då den förändrade tolkningen hos BUP som nu görs av de riktlinjer avseende vilken vårdnivå som ska ta hand om vilka barn, inte kommunicerats med primärvården. Även om den nya tolkningen BUP nu gör kan vara riktig, måste detta kommuniceras med utförarna så att man säkerställer att det finns en beredskap att möta upp inom primärvården. Det finns därmed risk att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus inte säkerställt att framförallt de asylsökande barn som återremitterats från BUP får vård i enlighet med de anvisningar som finns.

Tandvårdsstyrelsen

Tandvårdsstyrelsen ansvarar bland annat för att verksamheterna följer vad som anges i lag och annan författning, givna uppdrag och riktlinjer, samt anvisningar från HSS. Liksom inom primärvården har kliniker inom folktandvården lagt mycket tid och resurser på att hitta och

fånga upp de barn som kan finnas i upptagningsområdet. Utifrån sitt ansvar och sitt handlingsutrymme har de gjort det de kan för att säkerställa att asylsökande barn får tandvård i enlighet med riktlinjerna. Tandvårdsstyrelsen har agerat i frågan för att lösa detta problem, bland annat genom den samordnare som anställts som fått ägna sig åt denna fråga. För att kunna möta behovet hos en större befolkning har man också kommunicerat med och föreslagit HSS att utöka revisionsintervallen för de friskaste patienterna, så att styrelsen kan ta emot fler. Tandvårdsstyrelsen har agerat för att kunna säkerställa att asylsökande barn får tandvård i enlighet med anvisningarna.

2.5.4 Möjlighet till efterlevnad: Har styrelserna säkerställt att information görs tillgänglig för målgruppen?

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Att säkerställa att information görs tillgänglig för målgruppen handlar förutom om rena informationsinsatser också om de förutsättningar HSS som ägare skapar för att andra ska kunna nå ut med information till målgruppen.

Vad gäller information direkt till målgruppen är bedömningen att HSS vidtagit de åtgärder som kan förväntas utifrån sin roll som ägare. Avseende att skapa förutsättningar för andra att kunna nå ut med information till målgruppen är bedömningen att det funnits vissa brister. På förvaltningssidan har många tjänstemän vidtagit åtgärder för att lösa problem som uppstått just kring information till eller för målgruppen. Enheten Asyl- och flyktingfrågor i hälso- och sjukvården, regionens asylnätverk för hälso- och sjukvård och den regionala samordnaren för hälso- och sjukvårdsfrågor för asylsökande och nyanlända har både lyft frågor med nationella och regionala organ, och även inom VGR. Däremot är det uppenbart att personal från de granskade utförarstyrelsernas förvaltningar också lagt ned mycket tid och resurser på informationsinsatser som enligt reglementet troligen faller under HSS:s ansvar. I reglementet fastslås att HSS ska företräda VGR vid samverkan med andra myndigheter och organisationer i hälso- och sjukvårdsfrågor. Projekten kan ansvarsmässigt falla på både utförare och ägare, däremot har utförarförvaltningarna fått arbeta mycket med att först skapa förutsättningar för att därefter kunna nå målgruppen, vilket bedöms falla på HSS som systemägare. Exempel på detta är kontakter med kommunerna för att samla och sammanställa den information de fått om mottagandet, så att det inte är upp till huruvida respektive verksamhet har tid och möjlighet att kontakta respektive kommun. Vidare har mycket resurser också lagts på att informera boendepersonal så att dessa kan förmedla information vidare till målgruppen. En strategi för hur VGR samlat ska agera har saknats. Vad gäller att samordna de informationsinsatser som genomförs framförallt inom hälso- och sjukvården ligger det i den regionala samordnarens uppdrag att inventera dessa. HSS har därmed vidtagit vissa åtgärder för att säkerställa att information tillgängliggörs för målgruppen.

Primärvårdsstyrelsen

På vårdcentralsnivå har många olika insatser gjorts för att målgruppen ska få tillgång till information. Liksom för frågan ovan är det dock inte tydligt hur primärvårdsstyrelsen agerat på övergripande nivå för att inventera och samla verksamheternas insatser och på så vis både säkerställa kvaliteten i dem och möjliggöra samordningsvinster. Det finns ingen dokumenterad kommunikationsplan för hur primärvårdsstyrelsen ska arbeta för att nå ut till målgruppen, utan detta verkar lösas på områdesnivå och i viss mån i samverkan med delregionala samverkansorgan.

Tandvårdsstyrelsen

Ett flertal projekt har genomförts på kliniknivå för att målgruppen ska få tillgång till information. Liksom för primärvårdsstyrelsen var dock inte en förvaltningsövergripande samordning tydlig, men i samordnarens uppdrag ligger att inventera och sprida information och kunskaper kring bland annat informationsprojekt. På grund av det är bedömningen att tandvårdsstyrelsen har vidtagit åtgärder för att säkerställa att information görs tillgänglig för målgruppen.

2.5.5 Uppföljning: Har styrelserna säkerställt att det finns en tillräcklig uppföljning och intern kontroll av verksamheterna?

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

HSS har fattat vissa beslut om styråtgärder för vård till asylsökande, framförallt ekonomiska. De ekonomiska styråtgärderna har främst följts upp i regionens ordinarie uppföljnings- och rapporteringsprocess, där resultatet av satsade medel beskrivs mycket övergripande. Om medlen lett till förbättrad situation för de verksamheter som fått del av dem beskrivs inte, exempelvis beskriver man inte om den extra ersättningen man ger till de verksamheter som utför hälsoundersökningar faktiskt lett till att fler undersökningar genomförs beskrivs inte och det är oklart om sådan uppföljning gjorts.

HSS har förutom rapporteringen i ordinarie uppföljningsprocess fått ett flertal rapporter i både informations- och beslutsärendeform avseende vård till asylsökande. Ibland har styrelsen själv också efterfrågat informationen. Möjligheten att tillgodose asylsökande den vård de har rätt till har dock inte ingått i styrelsens riskvärdering (trots att 2016 års plan inte antogs förrän i april 2016) och därmed inte i styrelsens system för intern kontroll. Den uppföljning styrelsen får tenderar därför att vara ad hoc snarare än systematisk.

Det är slutligen otydligt hur HSS följer upp och ämnar följa upp de anvisningar som är kopplade till styrelsen avseende vård till asylsökande (även om det inte är styrelsen som explicit beslutat om dem). I regionens övriga regionala medicinska riktlinjer brukar det framgå hur och av vem dessa ska följas upp. Något sådant finns inte angivet för nu gällande anvisningar för vård till asylsökande, vilket bedöms som en brist.

Primärvårdsstyrelsen

Liksom för HSS har primärvårdsstyrelsen fått mycket rapportering avseende hur arbetet med vård till asylsökande fortlöper, både i regionens ordinarie rapporterings- och uppföljningsprocess och genom efterfrågade avstämningar med primärvårdsdirektören. Däremot har inte vård till asylsökande ingått som en del i primärvårdsstyrelsens riskanalys 2016, vilket hade kunnat vara rimligt sett till hur skiftningar i mottagandet skulle kunna påverka primärvårdsstyrelsens möjligheter att nå sina mål. Man har också själva angett just stort flyktingmottagande som något som haft en särskild påverkan på verksamheten i andra dokument som styrelsen tagit fram.

Vad gäller verksamheterna som nu får stöd av Bräcke Diakoni att utföra hälsoundersökningar så faller uppföljning av dem främst på beställaren, det vill säga hälso- och sjukvårdsnämnderna. I och med att överenskommelsen mellan VGR:s vårdcentraler och Bräcke hittills inte slagits fast i ett särskilt avtal är dock bedömningen att ansvaret för att hälsoundersökningarna genomförs i rätt tid, av rätt funktion och på rätt sätt fortfarande ligger kvar på primärvårdsstyrelsen. Det bedöms därför som en brist att ingen kvalitetsuppföljning verkar ha initierats centralt från primärvårdsstyrelsen. Sammantaget går det att konstatera att

primärvårdsstyrelsen haft viss uppföljning, men den har inte ingått i det ordinarie systemet för intern kontroll. Vad gäller kvalitet verkar uppföljning ha saknats helt vilket gör att primärvårdsstyrelsen inte kan anses ha haft en tillräcklig uppföljning och intern kontroll.

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Den främsta rapporteringen till SkaS har skett genom regionens ordinarie rapporterings- och uppföljningsprocess. Ökat flyktmottagande har inte hanterats i någon riskanalys på styrelsenivå, däremot har den undersökta enheten, BUP, gjort en riskbedömning där man trodde att man skulle påverkas mer än vad man sedan gjorde. Styrelsen har i jämförelse med övriga nämnder och styrelser haft klart minst (dokumenterade) informationsärenden avseende flyktingsituationen som helhet. Vad gäller BUP:s arbetsbelastning utifrån flyktingsituationen har dock situationen under den granskade delen av 2016 varit hanterbar, vilket gjort att ytterligare rapportering till styrelsen inte bedöms ha varit nödvändig i denna fråga.

Tandvårdsstyrelsen

Tandvårdsstyrelsen har som enda styrelse av de som ingår i granskningsurvalet värderat och hanterat området "ökat asylmottagande – omhändertagande" i sin riskanalys. Området har kontrollerats och följts upp som planerat. Styrelsen har också fått kontinuerlig och tydlig information om situationen och hur verksamheten klarar av den. Utifrån den information som styrelsen fått har de också vidtagit åtgärder för att minska risker och eliminera hinder. Bedömningen är att styrelsen har säkerställt att det finns en tillräcklig intern kontroll och uppföljning inom detta område.

3. Slutsats och rekommendationer

Revisorernas slutsats utifrån den samlade bedömningen är att ovanstående belysta brister avseende vård till asylsökande behöver åtgärdas, för att säkerställa både tillgänglighet och kvalitet i dagsläget. Med nuvarande nationella regler är asylmottagandet visserligen mindre än tidigare, men det riskerar att göra att andelen personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ökar, vilka har samma rätt till vård som asylsökande. I denna granskning har denna grupp under året bedömts vara så liten för respektive verksamhet att vården till dem inte varit möjlig att granska. Verksamheterna har hanterat gruppen så som de hanterat asylsökande, varför det finns risk att belysta brister på styrelsenivå drabbat även personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. För att säkerställa vårdens tillgänglighet och kvalitet även framöver till både denna grupp och asylsökande bedömer revisorerna att det är viktigt att åtgärdsarbetet sker relativt omgående.

Revisorerna lämnar därav följande rekommendationer:

- Revisorerna rekommenderar HSS att säkerställa att det övergripande styrsystemet avseende vård till asylsökande är tydligt och tillräckligt för att verksamheterna ska kunna utföra sitt uppdrag.
- Revisorerna rekommenderar PVV att säkerställa en tillräcklig och systematisk uppföljning av sina egna verksamheter, för att säkerställa att avvikelseinformation hanteras och åtgärdas vid behov.
- Revisorerna rekommenderar SkaS att säkerställa att samverkan och kommunikation med primärvården är tillräcklig vad gäller barn med psykiska besvär.
- Revisorerna rekommenderar FTV att säkerställa att resultatet av nu vidtagna åtgärder följs upp.

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-07

Diarienummer SKAS 2017-00133

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Åsa Ranbro Jansson

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Granskningsrapport - Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess

Förslag till beslut

1. Styrelsen noterar informationen och de rekommendationer om regionens investeringsprocess som riktas till granskade utförarstyrelser.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har tagit del av revisionsenhetens

granskningsrapport "Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess".

Granskade utförarstyrelser (Sahlgrenska universitetssjukhuset, Alingsås lasarett, Servicenämnden och Göteborgs botaniska trädgård) rekommenderas att vid stora investeringar utvärdera fler investeringsalternativ samt att utveckla ekonomiska kalkyler vad gäller beräkning av tillkommande kostnader och ange hur mycket av dessa som kan egenfinansieras och hur mycket som kräver regional finansiering.

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Förvaltningschef

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

Bilaga

- Revisionsrapport: Ändamålsenlighet i regionens investeringsprocess

Besluten skickas till

- Sjukhusledning stab för kännedom

**Följebrev, Fördjupad granskning
Ändamålsenlighet i regionens
investeringsprocess**

Datum 2017-02-08

Diarienummer REV 2016-00054
(REV 54-2016)**Västra Götalandsregionen
Revisionsenheten**

Handläggare: Thomas Vilhelmsson

Telefon: 076-780 26 48

E-post: thomas.vilhelmsson@vgregion.se

Till: Regionstyrelsen för svar
Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset
Styrelsen för Alingsås lasarett
Servicenämnden
Styrelsen för Göteborgs botaniska trädgård

**Granskningsrapport - Ändamålsenlighet i regionens
investeringsprocess**

Granskning har skett av regionens investeringsprocess där regionstyrelsen har ansvaret tillsammans med nämnder och styrelser. Det har dessutom varit ett extra fokus på ett antal beslutade investeringsobjekt inom Sahlgrenska universitetssjukhuset, Alingsås lasarett, Servicenämnden och Göteborgs botaniska trädgård.

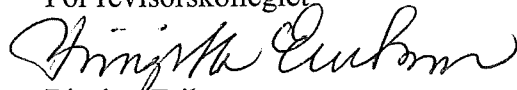
För att investeringsprocessen ska vara ändamålsenlig och effektiv krävs en prioriteringsprocess på koncernnivå ur ett långsiktigt perspektiv. Detta uttrycks också i budgeten för 2016 ”*Investeringsplanen ska bygga på en långsiktig analys av behoven*”. Granskningens syfte har varit att bedöma om nämnders/styrelser och regionens investeringsprocesser för fastigheter respektive utrustning är ändamålsenliga. Revisionen har noterat stora brister avseende strategisk styrning mot regionens övergripande styrdokument. Beredningsprocessen är under utveckling men investeringsbeslut fattats utan långsiktiga perspektiv och utan säkerställda kalkyler. Kostnaderna för investeringarna fördelas på framtida generationer och det är otillfredsställande att beslutsfattarna inte kan bedöma den ekonomiska påverkan.

Rapportens bedömningar har lett fram till följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa en ändamålsenlig investeringsprocess utifrån regionens strategiska måldokument.
- Vidare rekommenderas regionstyrelsen att säkerställa att det finns tillförlitliga ekonomiska kalkyler innan beslut fattas om större investeringar och att regionstyrelsen lämnar förslag på fördelning av samtliga tillkommande kostnader hänförliga till investeringarna.
- Granskade utförarstyrelser rekommenderas att vid stora investeringar utvärdera fler investeringsalternativ samt att utveckla ekonomiska kalkyler vad gäller beräkning av tillkommande kostnader och ange hur mycket av dessa som kan egenfinansieras och hur mycket som kräver regional finansiering.

Revisorskollegiet emotser en redogörelse från regionstyrelsen avseende åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig investeringsprocess utifrån regionens strategiska måldokument, senast i juni 2017. Rekommendationer till övriga nämnder och styrelser kommer att följas upp inom revisorskollegiets grundläggande granskning.

För revisorskollegiet



Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Bjösten
Vice ordförande

Kopia för kännedom till:

Regionfullmäktiges presidium
Samtliga politiska sekreterare
Karin Engdahl, regionråd
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör
Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör
Eva Arrdal, direktör ägarstyrning
Joakim Björck, ekonomidirektör
Marina Olsson, personaldirektör
Boris Ståhl, stabschef
Rolf Ottosson, avdelningschef, ledning
Elisabet Ericson, kanslichef, regionkansliets administrativa avdelning

Ändamålsenlighet i region- ens investeringsprocess

Dnr: REV 2016–00054 (REV 54-2016)

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 8 februari 2017

Innehåll

Sammanfattning	3
Inledning.....	4
Bakgrund	4
Granskningens syfte och revisionsfrågor	4
Avgränsning	5
Revisionskriterier	5
Granskningsansvariga.....	5
Metod	5
Resultat av granskningen	6
Nämndernas beredning	6
Sahlgrenska universitetssjukhuset - Bild- och InterventionsCentrum (BOIC)	6
Alingsås lasarett – Ombyggnad/tillbyggnad	7
Servicenämnden - Måltidsprojektet	8
Botaniska trädgården – Nytt växthus	9
Beredningsprocessen.....	11
Initial utvärdering.....	11
Fördjupad analys	12
Slutlig analys/förslag	12
Revisionens bedömning	12
Den regionala investeringsprocessen	14
Omslutning.....	14
Utfall mot budget.....	14
Likviditet	15
Uppsikt	15
Stabiliseringspolitik	15
Revisionens bedömning	15
Svar på revisionsfrågorna och slutsats	17
Rekommendationer	18
Undertecknande	18

Sammanfattning

Regionen fastställer årligen en 3-årig investeringsplan. Regionens investeringsnivå bedöms under 2016 uppgå till totalt 4 090 mnkr varav fastigheter 2 107 mnkr och övrigt fördelat på investeringar i utrustning och kollektivtrafikens fordonspark. De största fastighets- och utrustningsinvesteringarna görs inom sjukvården i regionens olika geografiska områden. För att investeringsprocessen ska vara ändamålsenlig och effektiv krävs en prioriteringsprocess på koncernnivå ur ett långsiktigt perspektiv. Detta uttrycks också i budgeten för 2016 ”*Investeringsplanen ska bygga på en långsiktig analys av behoven*”. Den regionövergripande processen ska sammanväga budget- och investeringbehov hos enskilda förvaltningar. Exempelvis krävs det en långsiktig koncernstyrning av investeringar för att nå en optimal regional produktionsstyrning av sjukvårdens utbud. Annars finns det en risk för att varje sjukhus ser till sina egna verksamhets behov och efterfrågan i sitt geografiska område.

Granskning har skett av regionens investeringsprocess där regionstyrelsen har ansvaret tillsammans med nämnder och styrelser. Det har dessutom vara ett extra fokus på ett antal beslutade investeringsobjekt inom Sahlgrenska universitetssjukhuset, Alingsås lasarett, Service-nämnden och Göteborgs botaniska trädgård.

Granskningens syfte har varit att bedöma om nämnders/styrelser och regionens investeringsprocesser för fastigheter respektive utrustning är ändamålsenliga. Revisionen har noterat stora brister avseende strategisk styrning mot regionens övergripande styrdokument. Beredningsprocessen är under utveckling men investeringsbeslut fattas utan långsiktiga perspektiv och utan säkerställda kalkyler. Kostnaderna för investeringarna fördelas på framtida generationer och det är otillfredsställande att beslutsfattarna inte kan bedöma den ekonomiska påverkan.

Rapportens bedömningar har lett fram till följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa en ändamålsenlig investeringsprocess utifrån regionens strategiska måldokument.
- Vidare rekommenderas regionstyrelsen att säkerställa att det finns tillförlitliga ekonomiska kalkyler innan beslut fattas om större investeringar och att regionstyrelsen lämnar förslag på fördelning av samtliga tillkommande kostnader hänförliga till investeringarna.
- Granskade utförarstyrelser rekommenderas att vid stora investeringar utvärdera fler investeringsalternativ samt att utveckla ekonomiska kalkyler vad gäller beräkning av tillkommande kostnader och ange hur mycket av dessa som kan egenfinansieras och hur mycket som kräver regional finansiering.

Inledning

Bakgrund

Västra Götalandsregionens budget 2016 anger som övergripande mål: ”Regionfullmäktige anger att utgångspunkten för den finansiella inriktningen är att uppnå en styrka i ekonomin så att den kännetecknas av långsiktighet och hållbarhet.”

Regionen fastställer årligen en 3-årig investeringsplan. Regionens investeringsnivå bedöms under 2016 uppgå till totalt 4 090 mnkr varav fastigheter 2 107 mnkr och övrigt fördelat på investeringar i utrustning och kollektivtrafikens fordonspark. De största fastighets- och utrustningsinvesteringarna görs inom sjukvården i regionens olika geografiska områden.

För att investeringsprocessen ska vara ändamålsenlig och effektiv krävs en prioriteringsprocess på koncernnivå (regionstyrelse såsom ägarrepresentant) ur ett långsiktigt perspektiv. Detta uttrycks också i budgeten för 2016 ”*Investeringsplanen ska bygga på en långsiktig analys av behoven*”. Den regionövergripande processen ska sammanväga budget- och investeringsbehov hos enskilda förvaltningar. Exempelvis krävs det en långsiktig koncernstyrning av investeringar för att nå en optimal regional produktionsstyrning av sjukvårdens utbud. Annars finns det en risk för att varje sjukhus ser till sina egna verksamhets behov och efterfrågan i sitt geografiska område.

Planering av investeringar på koncernnivå samt på nämnd-/styrelsenivå kräver att hänsyn alltid tas till eventuella förändringar i driftsbudgeten. Exempelvis innebär investeringar i vårdbyggnader i regel ökade driftskostnader och avskrivningar. Om detta inte säkras kan det innebära att investeringsbeslut fattas som begränsar budgetutrymmet, vilket kan innebära utträngning av annan verksamhet.

Sammantaget ställer dessa två riskperspektiv krav på att budgetprocessen på koncernnivå och nämnd/styrelsenivå ses både ur ett investeringsperspektiv och driftsperspektiv.

Revisionen har i förstudien ”Granskning av konsekvensanalyser av kostnadsutveckling inom strategiska områden” uppmärksammat att det finns en risk för bristande konsekvensbedömning mellan olika investeringsbehov i investeringsprocessen mellan koncernperspektiv och nämnd/styrelseperspektiv, samt att det finns en risk för bristande konsekvensbedömning i budgetprocessen mellan investeringsperspektiv och driftsperspektiv. Ansvarsgrunden för de nämnder som berörs i denna granskning är därmed risken för bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll och god ekonomisk hushållning.

Granskningens syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma om nämnders/styrelser och regionens investeringsprocesser för fastigheter respektive utrustning är ändamålsenliga.

Revisionsfrågor att besvara i granskningen:

- Har granskade nämnder säkerställt en ändamålsenlig beredning som medfört tillräcklig kvalitet i bedömning av investeringarnas nytta och bedömda kostnader?
- Har regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig beredning som medfört tillräcklig kvalitet i beslutsunderlagen avseende investeringarnas nytta och bedömda kostnader?
- Har regionstyrelsen säkerställt att beslutade investeringar följer regionens långsiktiga mål för produktionsstyrningen?
- Har regionstyrelsen vid beslut om enskilda investeringar fastställt hur driftkostnader, avskrivningar och kapitalkostnader ska finansieras av respektive nämnd/styrelse?

Avgränsning

Granskning kommer att ske av regionens investeringsprocess där regionstyrelsen har ansvaret tillsammans med nämnder och styrelser. Det kommer dessutom vara ett extra fokus på ett antal beslutade investeringsobjekt (fastighet och utrustning) inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU), Alingsås lasarett (AL), Servicenämnden (SN) och Göteborgs botaniska trädgård (GBT). Granskningen avser endast beredningsprocessen och inte genomförandet av byggprojekt, upphandling eller inköp.

Revisionskriterier

Följande revisionskriterier ligger till grund för granskningen:

- Kommunallagen 6 kap § 1 om regionstyrelsens samordnings och uppsiktsplikt.
- Kommunallagen 8 kap 1 § om god ekonomisk hushållning.
- Regionfullmäktiges budget 2016, avseende finansiella mål.

Granskningsansvariga

Granskningsansvariga: Thomas Vilhelmsson och Kari Aartojärvi

Kvalitetsansvarig: Ulf Aronsson

Revisorskollegiets kontaktrevisorer: Staffan Albinsson och Bo-Lennart Bäcklund

Metod

Intervju och genomgång av investeringsprocessen med ansvariga inom koncernkontoret. Därefter har intervjuer genomförts med ansvariga tjänstemän inom valda styrelser förvaltningar.

Resultat av granskningen

Nämndernas beredning

Sahlgrenska universitetssjukhuset - Bild- och InterventionsCentrum (BOIC)

I början av 2000-talet såg sjukhusledningen ett behov av bilddiagnostik och en möjlighet till avancerad forskning. Ett parallellt problem var att all utveckling av verksamheten innebar kostsamma ombyggnader av lokalerna. Lösningen blev en helt ny byggnad med moduler som kan underlätta framtida anpassningar i den teknikintensiva verksamheten. Förberedelserna för projektet med att bygga BOIC påbörjades redan 2004. Det formaliserades under 2007 för att beslutas av SU:s styrelse 2008. I början av 2010 fattade RS ett genomförandebeslut och byggstart skedde 2012. I



systemhandlingen framgår att SU som ett av världens ledande universitetssjukhus behöver utvecklas med en ny byggnad med större potential inom bilddiagnostik och behandling.

Driftsättningen av de olika etapperna har hittills följt tidplanen och budgeten har hållits trots vissa initiala problem med ventilation, IT, mobiltäckning och lås. Nästa stora etapp färdigställs under 2017 men med viss försening till följd av den tekniktunga utrustningen. Det har varit massiva utbildningsinsatser för att undvika produktionsbortfall vid uppstart av respektive verksamhet. Byggnaden kommer öppna för samarbete mellan ett flera specialiteter och ge nya möjligheter för behandlingar. Mycket fokus har legat på cyklotronen som är placerad i källaren. Den ska producera radioaktiva isotoper som bland annat används i kroppen för att tillsammans med röntgenutrustningen säkerställa den exakta positionen för cancerceller. Cyklotroner finns på andra universitetssjukhus i Sverige och SU har fått sina isotoper från Lund men efter transporten till Göteborg har de förlorat 50 % av funktionen. Med en egen anläggning ska SU inom rimlig tid kunna förse hela VGR.

Utvecklingen av vården sker i snabb takt och de intervjuade från SU anser att investeringar av denna typ är nödvändigt för att följa med i den medicinska utvecklingen och vara ledande inom forskningen. Det förbättrar möjligheterna till rekrytering av hög kompetens och ger patienterna de senaste behandlingsmetoderna. På senare tid har regionen fattat beslut om centralisering av viss verksamhet till färre utbudspunkter där personalen kan specialisera sig och på så sätt uppnå bättre vårdresultat. Med detta som utgångspunkt anses BOIC ligga i linje med regionens långsiktiga målbild. Intervjuade anser att det är viktigt att regionledningen styr resurserna så att pengarna används optimalt.

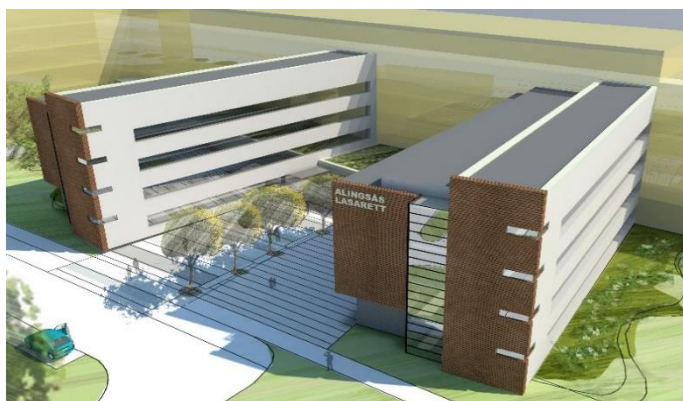
Styrgruppen har kontinuerligt rapporterat projektgenomförandet till styrelsen. Styrgruppen är medveten om att det kan vara svårt för ledamöterna att ha tillräcklig kunskap om ett projekt med högspecialiserad verksamhet och en budget på två miljarder kronor. Istället menar de att

de kommunicerar ett förtroende och en kunskap som styrelsen måste lita på. Det har varit åtskilliga presentationer av BOIC för RS under åren och flera olika projektrepresentanter har deltagit. Det har varit svårt att få stöd för BOIC som innebär höga kostnader samtidigt som det är svårt att beskriva den direkta nyttan för patienterna.

När regionfullmäktige fattade beslut om investeringen i BOIC beslutades att hälften av tillkommande lokalhyror skulle finansieras av moderförvaltningen. SU har gjort en bedömning av driftkostnaderna för den nya byggnaden vid full verksamhet. Koncernkontoret har gjort en lägre bedömning med hänvisning till att SU inte ska kompenseras för kostnader som hänförs till verksamhet som flyttats från andra delar av sjukhuset. I förhandlingarna för 2017 var differensen 16 mnkr och SU arbetar med hur de ska hantera underskottet. De intervjuade påpekar att det även finns behov av ett ofinansierat traumacenter inom BOIC, något som kan komma att förskjutas i brist på resurser.

Projektet följs kontinuerligt av projektledningen och styrgruppen för att verifiera avvikelser mot budget och tidplan. Verksamheten kommer att utvärderas efterhand som den flyttar in. Samtidigt som det tar tid att uppvisa säkerställda resultat utifrån effektivitet och kvalitet.

Alingsås lasarett – Ombyggnad/tillbyggnad



Diskussionerna om utökningen av antalet vårdplatser påbörjades under 2011 då regionen utredde vårdplatssituationen samtidigt som HSN presenterade sin befolkningsprognos. Man såg ett växande behov samtidigt som Arbetsmiljöverket anmärkt på befintliga lokaler och krävt åtgärder. AL arbetade fram ett material som i ett par omgångar blivit fördröjt till följd av att regionen saknat tydlig strategi för organiseringen av sjukvården. Den ur-

sprungliga planen har dock legat kvar. Det har inte tagits fram några alternativa förslag, däremot anser intervjuade tjänstemän att varje del av projektet har värderats för att göras så kostnadseffektiva som möjligt. Byggprocessen sker inom så kallad partnering som innebär att sjukhuset, VF och byggbolaget löpande diskuterar genomförandet.

De intervjuade anser att bygget ligger väl i linje med Framtidens hälso- och sjukvård 2025 (endast beslutat av RS, inte av RF) samt det nya arbetet med Göteborgsregionens sjukvård där sjukhusdirektören kommer ingå i ledningsgruppen. De intervjuades bild är att styrelsen har varit delaktiga i hela projektet och att styrelsen tillsammans med RS/RF har fått tillräckliga underlag för att fatta beslut. Under 2016 har bygget påbörjats men prisnivån i Göteborgsområdet är högre än när projektet planerades och beslutades. Efter kommunikation med VF har AL därför beslutat att avvakta med att inreda ett av våningsplanen.

Hyreskostnaderna till VF beräknas öka med ca 30 mnkr per år efter utbyggnaden. AL redogjorde i systemhandlingen för vilka åtgärder de skulle genomföra men inte vilka bespa-

ringar detta skulle leda till. Enligt beslutet i RS ska sjukhuset ansvara för 13 mnkr per år medan övriga 17 mnkr per år finansieras genom RS koncernbidrag till fastighetsnämnden. I enlighet med anvisningarna som gällde vid beredningen av projektet så lämnade sjukhuset in beräknade utrustningsinvesteringar kopplade till de nya lokalerna. En totalsumma för utrustningsinvesteringarna fastställdes samt en plan för den årliga fördelningen. En viss förskjutning har skett mellan åren men det beslutade totalbeloppet får inte överskridas. Avskrivningarna belastar verksamheten under sju år och finansieringen måste hanteras tillsammans med HSN.

Generellt anser sjukhuset att investeringsprocessen internt fungerar bra men rutinerna som används av verksamhetscheferna är gamla och de håller på att uppdateras för säkerställa bättre underlag. De intervjuade tycker att regionens investeringsprocess genom bättre dokumentation skulle kunna bli ett tydligare redskap i deras egen process.

Service-nämnden - Måltidsprojektet

SN har en genomarbetad investeringsprocess som utgår från en kartläggning av investeringsbehovet. Materialet sammanställs och en bedömning görs mot tilldelad ram. Ramarna för respektive verksamhetschef delas ut. För investeringar som överskrider servicedirektörens delegering finns en separat hantering. Vid behov av fastighetsinvesteringar kontaktas VF och investeringen hanteras i VF:s investeringsplan fram till det är dags att starta projektet. Under processen informeras nämnden men de är inte aktiva i beslutsprocessen. För serviceverksamheten är nyttokalkylen en viktig del bland annat för att visa att genomförda investeringar kommer innebära att medel kan återlämnas till förvaltningarna. Förvaltningarna har önskat långsiktiga kalkyler från Regionens service och enligt intervjuade har det skett en del förändringar, exempelvis av styrmodellen som under senare år som stärkt processen.



Måltidsprojektet har varit en långdragen process men under 2013 beslutades genomförandet som till stor del handlar om att byta ut föråldrad utrustning men även att modernisera köken. SN:s verksamhet är intäktsfinansierad så majoriteten av investeringarna genomförs inom den egna budgeten. Enligt beskrivningen i regionfullmäktiges beslut skulle verksamheten inte belastas av måltidsprojektet. Intäkterna från verksamheten har dock minskat kraftigt mot kalkylen. Det beror främst på att antalet vård dygn de senaste 10 åren minskat med 200 000 vård dygn/år och följden blir att kostnaden per portion blivit betydligt högre. Den nya internhyresmodellen har inneburit ökad lokalhyra för Regionens service vilket inte ursprungligen var känt. De intervjuade anser att beslutet borde ha föranletts av en analys av framtida vård dygn/sjukhus, vilket inte gjordes eller var svår att förutse vid tillfället för beslut. Avvikelsen mot kalkylen har fortsatt att växa och idag har Regionens service löpande delavstämningar med VF eftersom kostnadsökningarna främst är relaterade till fastigheter eller byggnadstekniska förändringar som ej var kända vid beslutet. Ett av målen med projektet är att kunna frigöra resurser till verksamheten och då krävs det satsningar även om detta projekt har stött på många problem. Det har funnits ett gediget beslutsunderlag avseende måltidsprojektet som dock inte till

fullo har kunnat ta hänsyn till den pågående minskningen av antalet vårddygn. Intervjupersonen anser trots det att nämnden haft tillräckligt material för att kunna göra en korrekt bedömning

Botaniska trädgården – Nytt växthus



Inom GBT finns en standardiserad rutin för nominering av investeringar. De olika förslagen rangordnas och prioriteras. För investeringar inom ram fattas beslutet av förvaltningschefen. GBT följer regionens framtagna rutiner men anser att informationen varit otydlig vid förändringar. Att bygga ett nytt växthus i GBT har blivit avgörande för att kunna bedriva verksamheten. VF sköter fastigheterna i regionen men i GBT har styrelsen haft det ansvaret. Nuvarande växthus bygg-

des när GBT tillhörde Göteborgs stad. Vid överföringen av GBT till regionen överläts växthuset till GBT. Underhållet var eftersatt redan från början och under lång tid saknades resurser för att åtgärda bristerna. De senaste åren har processen stärkts och de mest kritiska delarna är åtgärdade. Det finns ett flertal anledningar till att en investering behövs:

- Växthuset är energiineffektivt och uppvärmningen kostar mycket pengar.
- Växthuset är inte anpassat för dagens maskinutrustning och underhåll vilket medför att personalen har ett fysiskt krävande arbete.
- Tekniken är gammal vilket kräver manuell styrning av temperatur och luftfuktighet.
- Elsystemet är i dåligt skick och skulle behöva bytas.
- Många av förrådsbyggnaderna är undermåliga.
- Växthuset är inte tillgänglighetsanpassat.
- Växthuset är inte anpassat för en meningsfull besöksverksamhet och forskning vintertid.

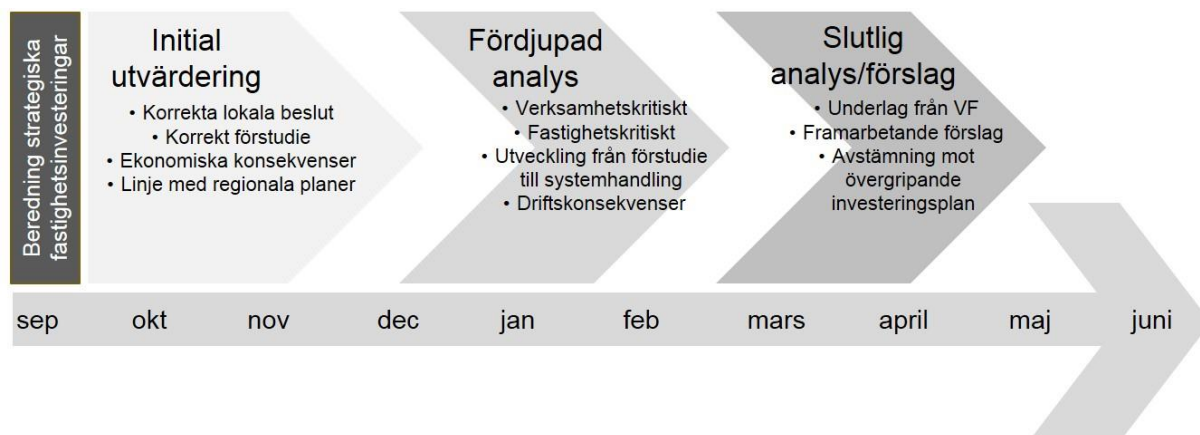
En förstudie genomfördes under ledning av VF vilken lämnades in för nominering 2014. Förstudien bekostades genom särskilda medel beslutade av RF. I samband med en allmän presentation 2015 av kommande stora fastighetsinvesteringar framkom att koncernkontoret ansåg att förstudien var bristfällig. Styrelsen för GBT bedömde att en omvärldsanalys krävdes samt en fördjupad undersökning av leverantörer, teknik, ekonomi mm. Det senaste stora publika växthuset som byggts i Sverige stod färdigt på 90-talet. Personal, styrelse och representanter för Västfastigheter har därför besökt växthus i bland annat USA, Danmark, England och Tjeckien. Syftet med växthuset är att det ska vara publikt samtidigt som det ska innehålla forskning och odling. I den komplettering till förstudien som lämnades in 2016 valdes två referensväxthus ut. Det var ett produktionsväxthus i New York och ett publikt som ska byggas i Oslo.

I den detaljerade investeringsplanen för 2016-2018 hade ett nytt växthus lagts utanför planperioden. När RF beslutade att höja ramen prioriterade RS åter upp frågan och avsatte 20 mnkr för projektering. Det är en förhållandevis hög summa samtidigt som man anser att det behöver utredas ordentligt. Den intervjuade anser att ett nytt växthus ligger i linje med den av RF nyligen beslutade inriktningen för GBT och att det ligger i linje med regionens målbild och den politiska inriktningen. Det fortsatta arbetet har underlättats av att de fått en projektledare inom

VF. GBT behöver anlita expertis med specifik kunskap om växthus, vilket är svårt. Även placeringen av det nya växthuset behöver lösas. Om växthuset ligger tillsammans med dagens universitetslokaler blir nyttan större för dem samtidigt som det inte påverkar dagens verksamhet under byggtiden. Ytan för ett nytt växthus finns också där nuvarande växthus är placerat men det skulle kräva en dyr och riskfylld evakueringslösning. De senaste beräkningarna visar att ett nytt växthus skulle kosta ca 350 mnkr. Då anser intervjupersonen att de får en bra standard på ett modernt växthus som uppfyller kraven. GBT har inte beskrivit andra alternativ men för billigare lösningar krävs att de kompromissar med de brister som de har för avsikt att lösa. Ett kortsiktigt alternativ är att renovera dagens växthus till en kostnad på ungefär 20 mnkr.

Det har inte varit några avskrivningskostnader för de gamla växthuset och ett nytt växthus skulle innebära flera miljon kronor per år. Samtal om delfinansiering förs med Göteborgs stad samt Göteborgs universitet som idag bedriver forskning i trädgården men ännu finns inga överenskommelser. Personalresursen bedöms bli densamma och besöksintäkterna från parken frivilliga entréavgift och växthusets entréavgift väntas inte påverkas nämnvärt. Energieffektiviteten kommer garanterat bli högre men hur kostnaden slutligt blir påverkas av flera faktorer, exempelvis elmarknadens pris. Den intervjuades bedömning är att de ökade kostnaderna nästan uteslutande kommer att behöva finansieras via högre driftbidrag från regionen.

Beredningsprocessen



Initial utvärdering

Investeringsprocessen utgår från ett nedifrånperspektiv där nämnderna presenterar sina förslag baserat på hur de vill utveckla sin verksamhet. I processen krävs korrekta beslut av den egna nämnden/styrelsen som grundas på en väl genomförd förstudie. De ekonomiska konsekvenserna ska vara tydligt beskrivna och förslaget ska ligga i linje med regionens planer. Intervjuade på förvaltningarna och centralt i regionen anser att de verksamhetsmässiga beskrivningarna i förstudierna är av god kvalitet. Det ger styrelserna ett stabilt underlag och beslutsordningen fungerar bra. Det har dock varit problematiskt att få fram underlag som på ett tillförlitligt sätt kan visa de framtida ekonomiska konsekvenserna.

Vid intervjuerna med förvaltningarna är deras bedömning att investeringarna passar in i regionens långsiktiga målbild baserat på de övergripande styrdokument som finns att tillgå idag. De övergripande styrdokumenten innehåller ofta generella formuleringar och är begränsade till 5-10 års perspektiv. Det medför att den centrala beredningen får in ett stort antal nomineringar som måste bedömas. Investeringsplanen för 2017-2019 är fastställd men det finns ett flertal projekt som blivit nedprioriterade och hamnat på väntelistan. Regionen har därför stoppat möjligheten att föreslå nya projekt under en tvåårsperiod. Dagens strategidokument ger inte tillräcklig vägledning och det arbetas med att tillföra ett tydligare uppifrånperspektiv i beredningsprocessen. Det behövs långsiktiga strategiska planer som beskriver de övergripande planerna som ska vara styrande för investeringarna inom alla regionens verksamhetsområden (sjukvård, kollektivtrafik, kultur och regional utveckling). Konsekvensen kan bli att det görs liknande investeringar på flera sjukhus samtidigt och geografiskt på platser där det i dagens planer saknas information om hur de ska användas framöver. Det tydliga lokala perspektivet i investeringsprocessen ökar risken för att verksamheter utreder förslag som ur ett regionalt perspektiv inte är prioriterade. På lokal nivå utreds ofta bara ett alternativ och processen hinner gå ganska långt innan förslaget ställs mot den regionala målbilden.

Sedan ett par år har det pågått ett utvecklingsarbete av regionens investeringsprocess och ett nytt förslag ska presenteras under 2017. Centralt i regionen är det två personer som arbetar med sammanställning av nämndernas material och beredningen inför politiska beslut. Idag används 3-åriga investeringsplaner med fördelen att de är överblickbara men målet är längre planeringsperspektiv som åtminstone innebär 5-åriga planer. Detta skulle behöva kompletteras av

planer på betydligt längre sikt som de som redan görs inom Västfastigheter och Kollektivtrafiknämnden. Det finns förslag på att bryta ner RF strategiska styrdokument för att ge tydligare inriktning, men för det krävs en fullt genomarbetad process.

Fördjupad analys

Den fördjupade analysen inleds med att bedöma hur kritisk varje investering är för verksamheten och utifrån skicket på dagens fastigheter. I denna fas är VF viktiga eftersom de har kunskap om regionens fastigheter, underhållsbehov, energiförbrukning mm. Syftet med analysen är att ge RS ett bra beslutsunderlag kring vilka förstudier som bör nomineras in till investeringsplanen. När väl ett projekt är nominerat får det godkänt att utveckla förstudien mot en fullskalig systemhandling. De framtida driftskostnaderna behöver preciseras men tillförlitliga kalkyler saknas ofta. Enligt förvaltningarna beror det på att det inte finns säkerställda siffror alternativt att det inte kommer att bli några ökade kostnader. Vanliga brister i kalkyleringen är överskattning av vinsterna av nya lokalers energibesparing, lokalernas utformning och nya arbetssätt. I intervjuer med verksamheten har det framkommit tendenser till rädsla hos ansvariga på förvaltningarna för att otillräcklig besparing eller för höga kostnader kan göra dem till förlorare i kampen om investeringsmedlen. Att kalkyler saknas innebär också att det inte kan beräknas hur mycket som kommer att belasta RS/RF respektive styrelse/nämnd via HSN. Det finns i nuvarande modell en risk att investeringar får genomförandebeslut men att kostnaderna blir betydligt högre än den ursprungliga nomineringen.

Stora fastighetsprojekt ska beslutas av RS men de påverkar beställare och utförares kostnadsbild. Koncernkontoret har efterfrågat synpunkter från HSN men deras inställning till processen har hittills varit passiv eftersom deras ansvar är att beställa vårdvolymen medan ansvaret för hur det genomförs ligger på utförarna. På senare år har investeringsprocessen krävt att beräknade utrustningsinvesteringar tillhörande fastigheten också ska preciseras. En totalsumma för utrustningsinvesteringarna beslutas i samband med fastighetsinvesteringen men det varierar vad finansieringsbesluten omfattar. Ordinarie utrustningsinvesteringar begärs i en årlig budget per styrelse och nämnd. Hittills har det varit ett fast belopp plus uppräknings.

Slutlig analys/förslag

Projektledarna för fastighetsprojekten arbetar inom VF. De har en aktiv del i systemhandlingarna och alla underlag samlas in för den slutliga analysen. Slutberedningen av nominerade förslag sker först i investeringsgruppen som innehåller representanter från flertalet förvaltningar. Materialet lämnas till investeringsrådet som har en mer strategisk sammansättning. Deras kunskap behövs och deras synpunkter är viktiga för att kunna fatta strategiska beslut utan att det blir onödiga fördröjningar. Hela investeringsplanen sammanställs för beslut av RS/RF.

Trots att materialet ofta är ofullständigt avseende ekonomiska kalkyler så finns det ett starkt politiskt tryck på att investeringar ska lyftas fram för beslut. Resultatet blir att de centrala tjänstemännen ibland tvingas lämna svagt underbyggda analyser till RS. Det medför en risk för att lokala och populära prioriteringar går före mer angelägna satsningar.

Revisionens bedömning

Västra Götalandsregionens investeringsprocess vilar på en 1-årig budget med en 3-årig investeringsplan. Det pågår ett utvecklingsarbete på tjänstemannanivå med att ta fram en mer

långsiktig planperiod men detta är ännu inte genomfört. Investeringsprocessen utgår från ett tydligt nedifrånperspektiv där verksamheten tar fram förslag och underlag som via nämnder och styrelser prioriteras och presenteras för RS/RF. För att få en mer heltäckande process krävs en komplettering med ett tydligare uppifrånperspektiv som utgår från regionens långsiktiga målbild och styrdokument. Dagens styrdokument är dock för generella och behöver brytas ner för att få en styrande betydelse. Ett uppifrånperspektiv innebär att RS/RF ska informera nämnderna om deras långsiktiga planer och vad som krävs av verksamheten och därmed även deras fastigheter och utrustning för att uppfylla målbilden. Nämnderna bör därefter utreda alternativa förslag på lösningar och för RS presentera förslag som på bästa sätt möter regionens behov. På så sätt kan regionledningen säkerställa att utvecklingen sker i rätt tid och rätt omfattning samt med tillräckliga resurser. Granskningen har bland annat noterat att tillbygget av AL har begränsats i omfattning redan innan bygget har startat eftersom det inte ryms inom beslutad budget. De närmsta åren finns en inriktning för närsjukvård och produktionsstyrning där AL har en roll men långsiktigt saknas strategiska planer för hälso- och sjukvården. För GBT har RS beslutat om projektering av ett nytt växthus för att säkerställa behoven. I dagsläget är det uppenbart att det krävs åtgärder men det måste fastställas om dessa ligger i linje med Västra Götalandsregionens målbild och på den nivå som regionen önskar.

Generellt bedöms investeringsprocessens dokumenthantering fungera bra. Underlag från verksamheterna och de större systemhandlingarna innehåller informativa beskrivningar av behov, konsekvenser och effekter av investeringen. Det som i många projekt saknas är beskrivningar av investeringens ekonomiska konsekvenser. Det gäller i första hand de ökade kostnaderna men också vad de positiva effekterna kan bidra med i ekonomisk besparing. I den centrala beredningen görs ett omfattande arbete för att ge RS/RF ett så stabilt beslutsunderlag som möjligt men det är svårt för verksamheterna att beskriva de ekonomiska konsekvenserna. Svagheten blir att RF fastställer investeringsplanen utan kunskap om vad de framtida konsekvenserna kommer att bli. Ett exempel i granskningen är regionsservice måltidsprojekt som enligt kalkylerna och RF:s beslut inte skulle belasta verksamheterna men där konsekvenserna ändå har blivit sådana. Man bör dock ta hänsyn till att styrmodellen har förändrats efter beslutet. En svårighet som hänger samman med investeringsprocessens underifrånperspektiv är konkurrensen mellan olika satsningar i regionen. En investering ska helst ge ett positivt utfall vilket kan medföra att förslagen innehåller orealistiska kalkyler. Med större fokus på regionens övergripande behov finns det bättre möjligheter även för olönsamma men nödvändiga investeringar att prioriteras.

En fastighetsinvestering medför även utrustningsinvesteringar som kompletterar byggnaden. Utrustningsinvesteringarna fastställs med ett totalbelopp och en plan för respektive år. Denna kan dock förändras baserat på hur projektet fortlöper. Efter driftsättning av en investering kommer avskrivningskostnader och kapitalkostnader som belastar VF och som de i sin tur lägger på hyran till utförarna. Det är viktigt att det redan i samband med investeringsbeslutet är klarlagt vad som ska finansieras med intern effektivisering och vad som kräver ökad ersättning från RF via beställarnämnderna eller hyreskompensation från RS. Konsekvensen kan bli som med BOIC att den beräknade driftkostnaden följer planen men SU och koncernkontoret har lite olika syn på vilken verksamhet som är tillkommande och som ska kompenseras.

Den regionala investeringsprocessen

Omslutning

I tjänstemannaförslaget inför 2016 års budgetbeslut gjordes en prioritering av de mest väsentliga investeringarna och de rangordnades i tre grupper. Enligt förslaget skulle nivån för de högst prioriterade investeringarna hamna på 4,4 mdr men politiskt föreslogs en ökning till 4,8 mdr och totalt 14,4 mdr de kommande tre åren. De projekt som lyftes upp var tåginvesteringar och projektering för ett nytt växthus till GBT. Investeringsstakten har ökat drastiskt de senaste åren och väntas kulminera först omkring år 2020. Det har förts diskussioner om vilken nivå som är rimlig utan att det tränger undan annan verksamhet men det saknas en modell för hur det ska värderas. Tjänstemännen bedömde att en ökning på ca 1,0 mdr inför 2016 skulle vara hanterbart. Stockholms läns landsting (SLL) är 50 % större än VGR men har en kollektivtrafik med dubbelt så hög omsättning. Samtidigt har de en investeringsnivå på 15-20 mdr per år de kommande fem åren. I jämförelse med andra stora landsting är dock regionens investeringar procentuellt på ungefär samma nivå.

Det finns en oro för att kostnader för avskrivningar och kapitalkostnader (ingår i hyran från VF) framöver kommer att ta en allt större andel av kostnadsmassan. Avskrivningarna motsvarar ca 4 % av kostnadsmassan och väntas ha en ökningstakt på 4,6 % vilket är något högre än för personalkostnader som är den enskilt största kostnadsposten i regionen. Det är en relativt ringa ökningstakt trots en betydligt högre investeringsnivå. Ökningen realiseras dock först när ett antal av dagens stora planerade investeringar tas i drift. En strategisk fråga som inte konkretiserats är investeringarnas fördelning mellan regionens olika sektorer. Historiskt har investeringarna utifrån omslutning varit absolut högst inom sjukvården och lägst inom kultur och regionutveckling. Kollektivtrafiken har haft en förhållandevis låg nivå med stora årliga variationer men kommer framöver att ha en större andel.

Utfall mot budget

Avvikelse mellan investeringsbudgeten och dess utfall har i alla tider vållat problem och beror bland annat på överklaganden och pressade tidplaner. Under många år har utfallet endast nått 70-80 % av budgeten. De senaste åren har gapet ökat ytterligare vilket beror på konjunkturen som innebär konkurrens om kompetenta projektledare, allt fler som ska använda byggbranschens resurser samtidigt och att det blivit allt svårare för verksamheten att avsätta personal. När investeringsmedlen inte använts har de överförts till nästkommande år vilket i sin tur gör det svårt att beräkna avskrivningar. Samtidigt är det ett pedagogiskt problem att förklara varför det alltid finns pengar kvar. Nyligen införde regionen begränsningar som gör att medel till utrustningsinvesteringar måste sökas på nytt om de inte använts vilket blåser upp de årliga volymerna. Idag är det fasta anslag för utrustningsinvesteringar vilket koncernkontoret vill förändra till att det istället ska vara en årlig värdering av behoven. För att på central nivå få en bättre struktur har nämnderna tilldelats en ram men samtidigt finns ett utgiftstak på hur mycket som får användas. Det finns alltså fler godkända investeringar än vad budgeten tillåter vilket medför att det höjda investeringsutrymmet vid jämförelse mellan åren egentligen är ännu högre. Användningen av begreppen har varit svår att förklara och på utförarsidan blir problemet att bedöma om hela ramen ska delas ut till verksamheten eller om gränsen ska vara utgiftstaket.

Likviditet

Regionens likviditet har tidigare varit en faktor i samband med bedömning av investeringsnivån men i takt med att likviditeten stärkts så har det blivit mindre intressant. I dagens lågränteläge hade det inte varit något problem att behöva låna till investeringar men långsiktigt är det en risk. Regionens starka likviditet innebär ”billig” tillgång till pengar och även på den öppna marknaden är pengar för närvarande ”billigt”. Internt har förvaltningarna belastats med en så kallad administrativ ränta på lånat kapital med 2,9 %. Historiskt har den legat närmare den faktiska marknadsräntan men det har funnits en önskan om att förutsättningarna ska vara stabila över tid och att det ska finnas förståelse för att det kostar att investera. Samtidigt får styrelser/nämnder hjälp av RS med att betala stora delar av de ökade kostnaderna under de första åren efter idrifttagning och många behöver tillskott till ökade driftskostnader från HSN vilket motverkar incitamenten.

Uppsikt

RS har i sitt uppdrag att utöva uppsikt över övriga styrelser och nämnders verksamhet och ska rapportera avvikelser till RF. VF står för den kontinuerliga kontrollen av att investeringsprojekten följer beslutade ramar och rapporterar till ägarutskottet. Koncernkontoret har saknat en kontinuerlig uppföljning av följsamheten till projektplanerna och dess ekonomiska ramar. Från och med 2017 kommer avdelningen för verksamhetsuppföljning som löpande träffar alla verksamheter att månatligen rapportera kostnadsuppföljningar av större investeringsprojekt till koncernstabsledningen.

Stabiliseringspolitik

Regionen bör förhålla sig till prisbilden på marknaden som stiger när det är resursbrist och sjunker vid lågkonjunktur. Enligt ansvarig tjänsteman på koncernkontoret innebär marknadsläget högre priser i upphandlingarna och förseningar som höjer kostnaderna med 5-6 %. Dessutom har det i vissa fall varit svårt att överhuvudtaget få in anbud. Stabiliseringspolitik handlar om statens möjlighet att styra konjunkturen genom bland annat infrastruktursatsningar¹ och statsbidragen² till den offentliga sektorn. På det regionala planet betyder stora infrastruktursatsningar i goda tider högre priser men även en ”överhettning” på marknaden. Om långsiktiga regionala satsningar istället planeras till lågkonjunkturer är tillgången på personal bättre, priset lägre och samhällsnyttan högre. I regionen är trycket på nya investeringar idag stort och investeringarna planeras jämnt över åren. Det har inte gjorts några bedömningar av den stabiliseringspolitiska tidsaspekten utifrån invånarnas eller samhällets nytta.

Revisionens bedömning

Västra Götalandsregionen har beslutat om en investeringsnivå på 4,8 mdr kronor de kommande tre åren. Baserat på verksamheternas önskemål är behovet betydligt större även om

¹ Trafikanalys: Infrastrukturåtgärder som stabiliseringspolitiskt instrument - Redovisning av ett regeringsuppdrag - Rapport 2012:1. Denna utredning gjordes på uppdrag av regeringen som en utvärdering av de stabiliseringspolitiska infrastruktursatsningarna som gjordes efter den ekonomiska krisen 2008. En av slutsatserna är att mindre infrastrukturella investeringar kortsiktigt kan ha stabiliseringspolitisk påverkan på sysselsättningen medan stora investeringar leder till stabilare ekonomi. Trafikanalys är en kunskapsmyndighet för transportpolitiken.

² Spara i goda tider - för en stabil kommunal verksamhet SOU 2011:59, Avsnitt 2.5 Behovet av förändringar. Här konstateras att kommunerna inte ska ta ansvar för stabiliseringspolitiken men att deras resursutnyttjande kan förstärka konjunktursvängningarna. Utgångspunkten är hanteringen av balanskravet och statsbidragens påverkan.

vissa av de nominerade investeringarna inte bedöms vara akuta. Det är viktigt att styrande politiker får tillräcklig information för att kunna göra en bedömning av de ekonomiska konsekvenserna och helheten i fastighetsbeståndet. Att investera och underhålla i för hög takt innebär ett slöseri med resurser men att ligga på en för låg nivå (trots den relativt höga nivån) innebär risk för kapitalförstörelse. Det har inte gjorts någon heltäckande analys av verkliga behov, ekonomisk hållbarhet eller marknadens förutsättningar.

Fokus på regionens likviditet har minskat men de likvida medlen har trots allt ett alternativvärde som måste beaktas, d v s pengarna kan investeras externt för att generera avkastning. I regionens interna system belastas verksamheterna med en förhållandevis hög internränta vilket kan ha en dämpande effekt. Detta motverkas av att kostnaderna för de flesta stora investeringar i någon grad ändå måste kompenseras av RS/RF.

Regionstyrelsens uppföljning och kontroll av pågående investeringar hanteras av VF som driver projekten. De rapporterar hur projekten fortlöper till ansvarig nämnd samt till ägarutskottet som för det vidare till RS. Från och med 2017 kommer koncernkontorets avdelning för verksamhetsuppföljning att följa de större projektens ekonomi direkt med verksamheterna. Det är viktigt att RS har en fungerande uppföljning för att kunna informera RF. Ett exempel på bristande information till RF är tillbyggnaden på AL som efter beslut ändrat omfattning. Koncernkontoret har noterat avvikelser mot investeringsbeslutet för måltidsprojektet men i detta fall har ägarutskottet valt att inte föra frågan vidare.

Svar på revisionsfrågorna och slutsats

Nedan följer bedömningar av respektive revisionsfråga och det avslutas med en samlad bedömning utifrån granskningens syfte:

• Har granskade nämnder säkerställt en ändamålsenlig beredning som medfört tillräcklig kvalitet i bedömning av investeringarnas nytta och bedömda kostnader?	Delvis. Förstudier och systemhandlingar bedöms vara väl beredda avseende dagens verksamhetsbrister, vad som behöver göras och vad investeringen kommer att bidra med i verksamheten. För att stärka processen bör dock fler alternativa utredas ställt mot regionens behov. Det ingår i beredningsprocessen att kalkylerade framtida kostnader ska beskrivas. Ofta saknas kvalitetssäkrade siffror av kostnaderna och vad den egna verksamheten kommer att kunna bidra med till följd av effektivisering. Bristande kunskap om det ekonomiska konsekvenserna kan vilseleda beslutsfattarna och kan leda till bristande ekonomisk hushållning i framtiden.
• Har regionstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig beredning som medfört tillräcklig kvalitet i beslutsunderlagen avseende investeringarnas nytta och bedömda kostnader?	Nej. Koncernkontorets investeringsprocess håller på att utvecklas för att säkra kvaliteten i beslutsunderlagen och att kunna värdera olika investeringar mot varandra. Koncernkontoret har arbetat för högre krav i beredningen, exempelvis att det ska finnas ekonomiska kalkyler innan beslut. Fullständiga kalkyler har inte kunnat frambringas för vissa av de investeringsprojekt som håller på att genomföras. Koncernkontoret har även försökt införa mer långsiktiga planer men det har de ännu inte fått gehör för.
• Har regionstyrelsen säkerställt att beslutade investeringar följer regionens långsiktiga mål för produktionsstyrningen?	Nej. Regionens strategidokument är i viss mån vägledande även om formuleringarna öppnar för egna tolkningar. Investeringsprocessen utgår inte från en strategisk styrning utan från nämnder och styrelser egna mål. Många av de styrande dokumenten är inte tillräckligt långsiktiga för att hantera investeringar som har en nyttjandeperiod på tiotals år. En möjlig konsekvens är att dagens tunga investeringar inte kan nyttjas så optimalt som det beskrivits i beslutsunderlagen.
• Har regionstyrelsen vid beslut om enskilda investeringar fastställt hur driftkostnader, avskrivningar och kapitalkostnader ska finansieras av respektive nämnd/styrelse?	Nej. Vid genomförandebeslut saknas kalkyler för hur de ökade kostnaderna ska finansieras. För många investeringar är det svårt att beräkna och för vissa saknas informationen helt. Det saknas krav på att ansvarig styrelse/nämnd ska ta fram säkerställda kalkyler. Det är en otillräcklig styrning av investeringsmedlen som kan innebära att skattemedel används ineffektivt och att regionens finansiella mål inte uppnås.
Granskningens syfte har varit att bedöma om nämnders/styrelser och regionens investeringsprocesser för fastigheter respektive utrustning är ändamålsenliga. Revisionen har noterat stora brister avseende strategisk styrning mot regionens övergripande styrdokument. Beredningsprocessen är under utveckling men investeringsbeslut fattas utan långsiktiga perspektiv och utan säkerställda kalkyler. Kostnaderna för investeringarna fördelas på framtida	

generationer och det är otillfredsställande att beslutsfattarna inte kan bedöma den ekonomiska påverkan.

Rekommendationer

Rapportens bedömningar har lett fram till följande rekommendationer:

- Revisionen rekommenderar regionstyrelsen att säkerställa en ändamålsenlig investeringsprocess utifrån regionens strategiska måldokument.
- Vidare rekommenderas regionstyrelsen att säkerställa att det finns tillförlitliga ekonomiska kalkyler innan beslut fattas om större investeringar och att regionstyrelsen lämnar förslag på fördelning av samtliga tillkommande kostnader hänförliga till investeringarna.
- Granskade utförarstyrelser rekommenderas att vid stora investeringar utvärdera fler investeringsalternativ samt att utveckla ekonomiska kalkyler vad gäller beräkning av tillkommande kostnader och ange hur mycket av dessa som kan egenfinansieras och hur mycket som kräver regional finansiering.

Undertecknande

Thomas Vilhelmsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Kari Aartojärvi
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Beslut

Datum 2017-02-07

Diarienummer SkaS 2017-00119

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Beslut om avslag på begäran om allmän handling**Beslutande myndighet**

Skaraborgs Sjukhus, 54185 Skövde

Sökande

Pernilla Wadebäck

Sveriges Radio P4 Skaraborg

Saken

Begäran om utlämnande av allmän handling

Beslut

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) avslår delvis din begäran om att ta del av allmänna handlingar.

Den Lex Maria-anmälan som du begärt utlämnad innehåller uppgifter som är sekretessbelagda enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Dessa uppgifter har maskerats.

Du har också begärt att ta del av en händelseanalys. Denna handling är sekretessbelagd i sin helhet enligt 25 kap. 1 § OSL och lämnas inte ut.

Redogörelse för ärendet

Du har begärt att få ta del av en Lex Maria-anmälan och en händelseanalys med koppling till samma ärende. Om SkaS inte bifaller din begäran har du begärt att få ett skriftligt beslut.

Skäl för beslutet

Sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men (25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen).

De handlingar du begärt att få ta del av innehåller uppgift om en enskilds hälsotillstånd och andra personliga förhållanden. Det föreligger därför en presumtion för sekretess för dessa uppgifter enligt 25 kap. 1 § OSL.

Normalt sett kan avidentifierade uppgifter lämnas ut utan hinder av sekretessbestämmelsen i 25 kap. 1 § OSL. I detta fall gäller dock din begäran handlingar i ett ärende med koppling

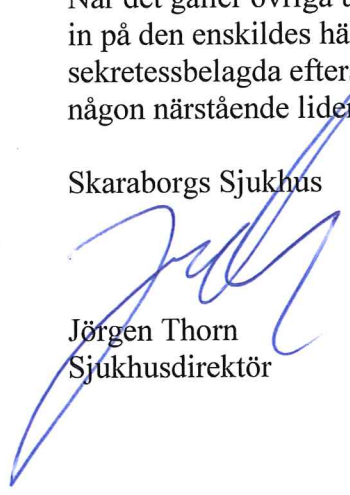
till ett uppmärksammat våldsbrott begånget i Tibro i maj 2016. Eftersom identiteten på den enskilde är känd, bland annat genom Skaraborgs Tingsrätts dom den 26 augusti 2016, kan det men ett utlämnande skulle innebära för den enskilde och dennes anhöriga inte undanröjas genom att handlingarna avidentifieras.

En uppgift om att en person vårdats på en psykiatrisk klinik skyddas normalt sett av sekretess. I detta fall kan dock den uppgiften anses vara röjd, bland annat genom tingsrättens dom.

Att sjukhuset gör en Lex Maria-anmälan när en person som vårdats för psykisk sjukdom begår ett allvarligt våldsbrott har sin grund i anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen. I och med att vissa andra uppgifter redan är kända i detta fall föreligger ingen sekretess för uppgiften om att en anmälan gjorts till IVO.

När det gäller övriga uppgifter i de handlingar du begärt utlämnade går dessa mer i detalj in på den enskildes hälsotillstånd och personliga förhållanden. Dessa uppgifter är sekretessbelagda eftersom det inte står klart att de kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men (25 kap. 1 § OSL).

Skaraborgs Sjukhus



Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Hur man överklagar

Detta beslut kan överklagas till kammarrätten i Jönköping.

Överklagandet ska lämnas in eller skickas till Skaraborgs Sjukhus. För att överklagandet ska kunna prövas måste handlingarna ha kommit in **senast inom tre veckor** från den dag du fick del av beslutet.

Har överklagandet kommit in i rätt tid kommer handlingarna att skickas vidare till kammarrätten, om Skaraborgs Sjukhus inte ändrar beslutet på det sätt du har begärt.

Tala om vilket beslut du vill överklaga. Ange också varför du anser att beslutet är oriktigt och vilken ändring du vill ha.

Skicka med handlingar eller annat som du anser stöder din uppfattning.

Överklagandet ska innehålla uppgift om namn, personnummer, postadress, telefonnummer och e-postadress. Du ska också ange adress och telefonnummer till arbetsplatsen och eventuell annan plats där du kan nås för delgivning. Har du hemligt telefonnummer behöver du inte ange det förrän kammarrätten begär det. Om någon person- eller adressuppgift ändras är det viktigt att du snarast meddelar det till kammarrätten.

Om du anlitar ombud, kan ombudet underteckna skrivelsen. Skicka i så fall med en fullmakt.

Om något är oklart kan du vända dig till:

Petter Hjalmarsson
Administrativa enheten
Skaraborgs Sjukhus
541 85 Skövde

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se
Telefon: 070 082 57 29

Delegeringsprotokoll från Västra Götalandsregionen

Behandling av ärenden med stöd av vidaredelegering från sjukhusdirektören.

Tillämpningsbeslut - Klassificeringsstruktur för Skaraborgs Sjukhus

Diarienummer SKAS 2016-00653

Beslut

1. Administrativa chefen beslutar att klassificeringsstruktur upprättad 2016-06-17 och godkänd av Regionarkivet 2016-07-11 ska tillämpas på handlingar upprättade från och med 2016-12-12 och tills vidare.

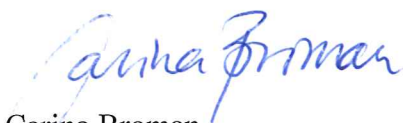
Sammanfattning av ärendet

Enligt riktlinjer till arkivreglemente för VGR avseende redovisning och gallring av allmänna handlingar ska VGR:s myndigheter senast vid 2016 år utgång fastställa klassificeringsstruktur för allmänna handlingar.

Regionarkivet godkände den 11 juli 2016 SkaS klassificeringsstruktur, i enlighet med riktlinjerna till arkivreglementet. Enligt Regionarkivets beslut ska SkaS fatta beslut om tillämpningen av klassificeringsstrukturen.

Sjukhusdirektören har den 22 februari 2017 till administrativa chefen vidaredelegerat rätten att fatta beslut om att fastställa klassificeringsstrukturen, detta får även anses omfatta eventuella tillämpningsbeslut.

Beslutsdatum 2017-02-28



Carina Broman
Tf administrativ chef

Beslutet skickas till

Arkivnämnden, arkivnamnden@arkivnamnden.goteborg.se

Sjukhusdirektör för anmälan till Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Delegeringsprotokoll från Västra Götalandsregionen

Behandling av ärenden med stöd av delegering från Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Ändrad inriktning för verksamheten på mellanvårdsavdelningen på SkaS Mariestad

Diarienummer SKAS 2016-00694

Beslut

Från och med den 1 mars 2017, och fram till att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fattar beslut i frågan, ska verksamheten på mellanvårdsavdelningen på SkaS Mariestad ställas om till dagsjukvårdsenhet.

Sammanfattning av ärendet

På grund av problem med att bemanna avdelningen, och i linje med tidigare fattade beslut om att utveckla ett närsjukvårdscentrum i Mariestad, ska verksamheten ställas om till dagsjukvårdsenhet från och med den 1 mars 2017.

Beslutet fattas i samråd med chefläkare.

Beslutsdatum 2017-03-01.

SKARABORGS SJUKHUS



Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Beslutet skickas till

Sjukhusledningen Skaraborgs Sjukhus
Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus för anmälan

**Sjukhusdirektörens beslut enligt
delegation av sjukhusstyrelsen**

Datum 2017-02-22

Diarienummer SKAS 2017-00130

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Sjukhusdirektörens vidaredelegering

Beslut

1. Sjukhusdirektören vidaredelegerar beslutanderätt enligt tabellerna 1 och 2 nedan.
2. Tidigare beslut om sjukhusdirektörens vidaredelegering upphävs.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) och regionstyrelsen har i sina respektive delegeringsordningar delegerat beslutanderätt till sjukhusdirektören.

I vissa fall har man överlåtit åt sjukhusdirektören att i sin tur vidaredelegera beslutanderätten. Delegerad beslutanderätt kan endast vidaredelegeras i ett led. Vidaredelegat har ingen ersättare. Vidaredelegeringen kan när som helst återkallas.

Tabell 1 och 2 nedan anger vilken beslutanderätt som sjukhusdirektören i och med detta beslut vidaredelegerar. I förekommande fall anges också vilka begränsningar som finns i den vidaredelegerade beslutanderätten.

Beslut som fattas på vidaredelegation ska anmälas till sjukhusdirektören som i sin tur anmäler besluten till styrelsen för SkaS eller regionstyrelsen enligt respektive nämnds anvisningar.

Ändringar jämfört med tidigare beslut om vidaredelegering

Eftersom detta dokument gäller sjukhusdirektörens *vidaredelegering* har alla skrivningar om vad sjukhusdirektören beslutar själv tagits bort, till exempel att personer direkt underställda sjukhusdirektören också anställs av denne.

Vissa ändringar och tillägg är en direkt följd av att SkaS nu har två biträdande sjukhusdirektörer.

I och med detta beslut vidaredelegerar sjukhusdirektören viss beslutsrätt inom HR-området som denne fått delegerat till sig direkt från regionstyrelsen. Någon sådan vidaredelegering har inte funnits tidigare. Den vidaredelegerade beslutsrätten avser tecknande av olika typer av kollektivavtal. Vidaredelegat är HR-chef. Se tabell 2.

Ändringar och tillägg – vidaredelegering från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

8: Anställa personal

- Biträdande sjukhusdirektör anställer verksamhetschef inom sitt ansvarsområde.
- Alla beslut om anställning anses vara delegeringsbeslut. Tidigare fanns en skrivning som gjorde skillnad på tillsvidare- och visstidsanställningar.

9. Avstängning från tjänst, avsked och uppsägning utan egen begäran

- Biträdande sjukhusdirektör fattar beslut avseende verksamhetschef inom sitt ansvarsområde.

10. Disciplinpåföljd

- Biträdande sjukhusdirektör fattar beslut avseende verksamhetschef inom sitt ansvarsområde.

14. Träffa och säga upp avtal för varor och tjänster (exklusive leasingavtal och IT-avtal) när detta inte är en uppgift för servicenämnden

- Biträdande sjukhusdirektör får träffa och säga upp avtal, dock endast avtal med bemanningsföretag. Avtalsvärde högst 5 mnkr och/eller 4 års avtalstid per avtal.

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
sjukhusdirektör

Beslutet skickas till

- Regionstyrelsen
- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- Sjukhusledning stab
- Sjukhusledning verksamhet

Tabell 1**Vidaredelegering från Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus**

Delegeringsbeslut	Område	Vidaredelegerat från sjukhusdirektören	Villkor/avgränsning	Anmärkning
8. Anställa personal	HR	• Biträdande sjukhusdirektör anställer verksamhetschef inom sitt ansvarsområde. • Verksamhetschef för VO Utbildning anställer AT-läkare. • Närmast överordnad chef anställer övrig personal (anställningsdelegat).		
9. Avstängning från tjänst, avsked och uppsägning utan egen begäran	HR	• Biträdande sjukhusdirektör avseende verksamhetschef inom sitt ansvarsområde. • Verksamhetschef avseende personal inom verksamhetschefens område.		För avstängning gäller bestämmelserna i § 10, mom. 2-7 AB. Tillfällig avstängning enligt § 10 mom. 1 AB är inte betrakta som ett delegationsbeslut utan som ren verkställighet inom ramen för varje chefs rätt att leda och fördela arbetet.
10. Disciplinpåföljd	HR	• Biträdande sjukhusdirektör avseende verksamhetschef inom sitt ansvarsområde. • Verksamhetschef avseende personal inom verksamhetschefens ansvarsområde.		En arbetstagare som i arbetet gjort sig skyldig till fel eller försummelse kan meddelas disciplinpåföljd i form av skriftlig varning. (§ 11 mom. 1 AB)

Delegeringsbeslut	Område	Vidaredelegerat från sjukhusdirektören	Villkor/avgränsning	Anmärkning
12. Avskrivning/nedskrivning av fordringar	Ekonomi	Ekonomichef	Högst 2 prisbasbelopp	
13. Utse attestanter och utanordnare	Ekonomi	Ekonomichef		Attest- och utanordningsreglemente
14. Träffa och säga upp avtal för varor och tjänster (exklusive leasingavtal och IT-avtal) när detta inte är en uppgift för servicenämnden	Ekonomi	- Ekonomichef - Biträdande sjukhusdirektör	- Inom regler för inköp och upphandling. Högst 3 prisbasbelopp. - Biträdande sjukhusdirektör endast avtal med bemanningsföretag. Avtalsvärde högst 5 mnkr och/eller 4 års avtalstid per avtal	
15. Sälja eller ge bort lös egendom	Ekonomi	Ekonomichef	Högst 3 prisbasbelopp	Sahlgrenska International Care AB har uppdraget att för VGR:s räkning samordna det internationella biståndet av utrustning och material, RS § 137/2009.
16. Ta emot gåva	Ekonomi	Ekonomichef	Högst 3 prisbasbelopp	
17. Ersättning till patienter och personal för förkomna eller skadade tillhörigheter	Ekonomi	Ekonomichef	Högst 3 prisbasbelopp	
19. Beslut att inte lämna ut allmän handling	Administration	Administrativ chef		Offentlighets- och sekretesslagen 6 kap
20. Avvisande av överklagande som inkommit försent	Administration	Administrativ chef		Förvaltningslagen 23 och 24 §§

Delegeringsbeslut	Område	Vidaredelegerat från sjukhusdirektören	Villkor/avgränsning	Anmärkning
25. Fastställande av klassificeringsstruktur, dokumenthanteringsplan och arkivbeskrivning	Administration	Administrativ chef		Riktlinjer till arkivreglemente för VGR

Tabell 2

Vidaredelegering från regionstyrelsen

Delegeringsbeslut	Område	Vidaredelegerat från sjukhusdirektören	Villkor/avgränsning	Anmärkning
Teckna kollektivavtal inom ramen för allmänna bestämmelser (AB)	HR	HR-chef		Anmäls till förvaltningschef som anmäler till regionstyrelsen
Teckna lokala kollektivavtal inom ramen för LAFF	HR	HR-chef		Anmäls till förvaltningschef som anmäler till regionstyrelsen
Teckna lokala kollektivavtal om lön, förmåner och ersättningar i övrigt	HR	HR-chef		Anmäls till förvaltningschef som avgör om anmälan ska ske till regionstyrelsen

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-01-11

§ 1

Regional styr- och samordningsfunktion för ökad tillgänglighet

Diarienummer HS 2016-00770

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner förslaget om organisation och finansiering av en regional styr- och samordningsfunktion som beskrivs i rapporten Regional samordningsfunktion, daterad 2016-12-12.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att bereda frågan om IT-lösning som stöd till den regionala styr- och samordningsfunktionen och återkomma med förslag på finansiering.
3. Uppdraget från hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 19 oktober 2016, § 152, är därmed fullgjort.

Sammanfattning av ärendet

Det arbete som bedrivs för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblemen inom Västra Götalandsregionen har inte uppnått önskad effekt, antalet patienter som väntar mer än de 90 dagar som inom vårdgarantin stipuleras för första besök och behandling har ökat sedan 2008.

Under 2017 tillkommer tillgänglighetssatsningar som finansieras med de 140 mkr för utökad tillgänglighet som ställts till hälso- och sjukvårdsstyrelsens förfogande i Västra Götalandsregionens budget för 2017. Målsättningen är att regionen senast 1 januari 2019 ska klara vårdgarantin för första besök och behandling inom samtliga vårdgarantiområden.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 19 oktober 2016, i samband med beslut om tillgänglighetssatsningar 2017, beslutat att inrätta en regiongemensam samordningsfunktion som ska stödja arbetet med att förbättra tillgängligheten i Västra Götalandsregionen. Samordningsfunktionen ska ge stöd till såväl patienter som förvaltningar för att förbättra tillgängligheten ur ett patient- och systemperspektiv.

Beslutsunderlag

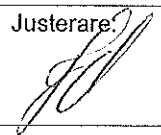
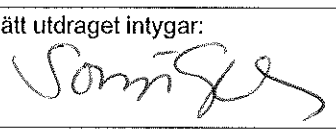
- Tjänsteutlåtande daterat 2016-12-29
- Rapport Regional samordningsfunktion, daterad 2016-12-12

Skickas till

Ann-Sofi Lodin

Ann Söderström

Eva Arrdal för genomförande

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

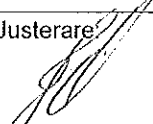
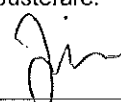
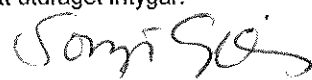


Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-01-11

Jan Carlström för genomförande

Samtliga sjukhusstyrelser

Förvaltningschefer på SU, NU-sjukvården, SKAS, SÄS, NU och KS, AL, FSS
och ANS

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

Tjänsteutlåtande
Datum 2016-12-29
Diarienummer HS 2016-00700

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Jan Carlström
Telefon: 0709 694388
E-post: jan.carlstrom@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Regional styr- och samordningsfunktion för ökad tillgänglighet

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner förslaget om organisation och finansiering av en regional styr- och samordningsfunktion som beskrivs i rapporten Regional samordningsfunktion, daterad 2016-12-12.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att bereda frågan om IT-lösning som stöd till den regionala styr- och samordningsfunktionen och återkomma med förslag på finansiering.
3. Uppdraget från hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 19 oktober 2016, § 152, är därmed fullgjort.

Sammanfattning av ärendet

Det arbete som bedrivs för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblemen inom Västra Götalandsregionen (VGR) har inte uppnått den önskade effekten, antalet patienter som väntar mer än de 90 dagar som inom vårdgarantin stipuleras för första besök och behandling har ökat sedan 2008.

Under 2017 tillkommer tillgänglighetssatsningar som finansieras med de 140 mnkr för utökad tillgänglighet som ställts till hälso- och sjukvårdsstyrelsens förfogande i VGR:s budget för 2017. Målsättningen är att VGR senast 1 januari 2019 ska klara vårdgarantin för första besök och behandling inom samtliga vårdgarantiområden

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 19 oktober 2016, i samband med beslut om tillgänglighetssatsningar 2017, beslutat att inrätta en regiongemensam samordningsfunktion som ska stödja arbetet med att förbättra tillgängligheten i VGR. Samordningsfunktionen ska ge stöd till såväl patienter som förvaltningar för att förbättra tillgängligheten ur ett patient- och systemperspektiv.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Bakgrund

Det arbete som bedrivs för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblemen inom VGR har inte uppnått den önskade effekten, antalet patienter som väntar mer än de 90 dagar som inom vårdgarantin stipuleras för första besök och behandling har ökat sedan 2008.

Under 2017 tillkommer, utöver de särskilda insatser som finns sedan 2014, totalt ca 400 mnkr fördelat till nämnderna för tillgänglighet, ortopediplan, obesitaskirurgi och koloskopier tillgänglighetssatsningar som finansieras med de 140 mnkr för utökad tillgänglighet som ställts till hälso- och sjukvårdsstyrelsens förfogande i VGR:s budget för 2017.

Dessa resurser kommer att användas dels för finansiering av ökade tillgänglighetsuppdrag på regionens sjukhus och i extern regi, framförallt för att möta inflödet av remisser och för ytterligare kökortningsinsatser. Vidare kommer en regiongemensam styr- och samordningsfunktion skapas. Denna ska ge stöd till såväl patienter som förvaltningar för att förbättra tillgängligheten ur ett patient- och systemperspektiv

Koncernkontorets överväganden

Huvudansvaret för vårdgarantin ligger fortsatt på sjukhusen. De ska informera patienter om vårdgarantin, vilka möjligheter som finns för att komma till annan vårdgivare och hjälpa patienter vidare, när de själva inte klarar av att ge vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Syftet med den regionala styr- och samordningsfunktionen är att stödja och styra regionens arbete med att förbättra tillgängligheten och arbetet att förbättra information till patienter genom att tydligt stödja, stärka, samordna/styra och följa upp sjukhusens arbete som förblir det centrala i omhändertagande av väntande patienter.

VGR behöver också förstärka ingången ”ett nummer in”, för frågor som berör vårdgarantin och tillgänglighet. Hit kan patienter, anhöriga och andra invånare med frågor vända sig. Det finns redan idag ett 020 nummer inom tjänsten ”Call me”, med möjlighet att knappa sig fram till ett visst sjukhus. Alla sjukhus ska kopplas till detta nummer. Funktionen ska också ha mandat att slussa väntande patienter till annat sjukhus/vårdgivare utifrån ordinarie regelverk för finansiering.

Denna ingång via telefon eller webb är tillgänglig för alla invånare. För de som har remiss till ett sjukhus är den ett komplement till grundrutinen som även i framtiden är att ha kontakt med den mottagning man fått remiss till. Funktionellt sker här samverkan mellan de som svarar på invånarnas/patienternas frågor oavsett var man har sin arbetsplats

I Koncernkontorets överväganden i rapporten ingår dels en kort sammanfattning av det som redan idag finns för att klara dessa frågor samt vissa förtydliganden och förbättringar som måste ske, dels en beskrivning var utökningar behöver ske och hur dessa ska organiseras.

Finansiering

Den regionala styr- och samordningsfunktionen finansieras med de medel som ställts till hälso- och sjukvårdsstyrelsens förfogande för ökad tillgänglighet i budget. Beräknad kostnad för tillkommande 6,5 årsarbetare är ca fem mnkr.

Härutöver får hälso- och sjukvårdsdirektören ett uppdrag att utreda behovet av IT-stöd till den regionala funktionen återkomma med förslag på finansiering.

Beredning

Ärendet är berett av Koncernkontoret i samverkan med representanter från sjukhusförvaltningarna

Förslaget är avstämt med Koncernledningsgrupp hälso- och sjukvård och i ledningsgruppen för koncernstab hälso- och sjukvård.

Förhandling enligt MBL § 11 sker den 9 januari 2017.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Eva Arrdal
Direktör utförarstyrning

Bilagor

Rapport Regional samordningsfunktion, daterad 2016-12-12

Beslutet skickas till

- Ann-Sofi Lodin
- Ann Söderström
- Eva Arrdal för genomförande
- Jan Carlström för genomförande
- Samtliga sjukhusstyrelser
- Förvaltningschefer på SU, NU-sjukvården, SKAS, SÄS, NU och KS, AL, FSS och ANS

Datum 2016-12-12

Västra Götalandsregionen**Koncernkontoret**

Handläggare: Jan Carlström

Telefon: 0709 694388

E-post: jan.carlstrom@vgregion.se

Regional samordningsfunktion

Bakgrund

Det arbete som bedrivs för att komma tillrätta med tillgänglighetsproblemen inom Västra Götalandsregionen (VGR) har inte uppnått den önskade effekten, antalet patienter som väntar mer än de 90 dagar som inom vårdgarantin stipuleras för första besök och behandling har ökat sedan 2008.

Under 2017 tillkommer, utöver de särskilda insatser som finns sedan 2014, totalt ca 400 mnkr fördelat till nämnderna för tillgänglighet, ortopediplan, obesitaskirurgi och koloskopier, tillgänglighetssatsningar som finansieras med de 140 mnkr för utökad tillgänglighet som ställts till Hälso- och sjukvårdsstyrelsens (HSS) förfogande i Västra Götalandsregionens budget för 2017.

Målsättningen är att VGR senast 1 januari 2019 ska klara vårdgarantin för första besök och behandling inom samtliga vårdgarantiområden.

Dessa resurser kommer att finansiera ökade tillgänglighetsuppdrag på regionens sjukhus och i extern regi, framförallt för att möta inflödet av remisser och för ytterligare kökortningsinsatser.

Vidare kommer VGR att starta en regiongemensam samordningsfunktion. Denna ska ge stöd till såväl patienter som förvaltningar för att förbättra tillgängligheten ur ett patient- och systemperspektiv. Den regiongemensamma funktionen leds på uppdrag av koncernledningsgrupp hälso- och sjukvård av koncernkontoret. Kompetenser från koncernkontoret och förvaltningarna arbetar tillsammans inom funktionen.

Koncernkontorets överväganden

Ansvaret för vårdgarantin ligger fortsatt huvudsakligen på sjukhusen. De ska informera patienter om vårdgarantin, möjligheter att komma till annan vårdgivare och vid behov hjälpa dem dit.

Syftet med den regionala samordningsfunktionen är att utifrån patientnytta stödja VGR:s arbete med att förbättra tillgängligheten och arbetet att förbättra information till patienter. Detta gör vi genom att tydligt stödja, stärka, samordna/styra och följa upp sjukhusens arbete som förblir det centrala i omhändertagande av väntande patienter.

En del i detta är att skapa en ingång, ”ett nummer in”, för frågor som berör vårdgarantin och tillgänglighet. Hit kan patienter, anhöriga och andra invånare med frågor vända sig. Funktionell samordning av arbetet sker mellan de som svarar på invånarnas/patienternas frågor oavsett var man har sin arbetsplats.

För de som redan har remiss till ett sjukhus är denna ingång ett komplement till grundrutinen som även i framtiden är att ha kontakt med den mottagning man fått remiss till.

I koncernkontorets överväganden nedan ingår dels en kort sammanfattning av det som redan idag finns för att klara dessa frågor samt vissa förtydliganden och förbättringar som måste ske, dels en beskrivning var utökningar behöver ske och hur dessa ska organiseras.

Organisation

Ett antal koncerngemensamma grupper arbetar med dessa frågor idag. Även fortsättningsvis ska denna kompetens tas tillvara och utvecklas men hållas samman på ett tydligare sätt.

De som arbetar inom funktionen kan ha sina anställningar på olika arbetsplatser inom Västra Götalandsregionen, såväl på koncernkontoret som inom övriga förvaltningar. Den regiongemensamma funktionen kan liknas vid en ”funktionsgrupp” som på uppdrag av regiondirektören hålls samman från koncernkontoret.

Stärka informationen ut till patienter och anhöriga

Sjukhusens eget arbete med information

- SU

Här finns den allra största delen av väntande patienter. Ett internt förbättringsarbete på sjukhuset har skapat en central svarsfunktion för patienter och närstående rörande frågor kring vårdgarantin. Denna funktion på SU är central för VGR och ska förstärkas så att den kan klara av att svara på samtliga vardagar. Funktionellt blir den en del i den regiongemensamma funktionen

- Övriga sjukhus

Här är problemen mindre, och det finns idag bättre kapacitet för att svara på frågor men en förstärkning kan behövas. Även här blir det lokala arbetet en funktionell del av regiongemensamma funktionen.

Koncernkontorets arbete

- Skriftligt material om vårdgaranti och valfrihet i vården

Skriftligt material finns som uppdateras regelbundet. Denna informationsfolder måste rutinmässigt skickas ut med alla remissbekräftelser från samtliga sjukhus i regionen.

- Web-material om vårdgaranti och valfrihet i vården

Motsvarande information finns tillgängligt på Webben dels via ”1177.se” dels på regionens externa hemsida. Informationen uppdateras av koncernkontoret som ansvarar för innehållet.

- Produktionsstyrning

Det regiongemensamma arbetet med produktionsstyrning hålls samman av koncernkontoret. Kännedom om produktionsmöjligheter och kapacitetsläget inom regionens olika utbudspunkter, både de i egen regi och upphandlade, är en viktig komponent för att vägleda medborgare och patienter för ökad tillgänglighet

Förslag - en sammanhållen funktion

En regiongemensam funktion ska skapas som svarar på frågor från invånare och patienter om vårdgaranti och valfrihet i hela Västra Götalandsregionen. Arbetet hålls samman i en funktion med en gemensam ledning och styrning. Arbetsfunktion, arbetsfördelning och arbetssätt ska tas fram snarast, med ambitionen att vara igång senast vid utgången av Q1 2017, Sannolikt behöver IT-stödet för att kommunicera aktuella väntetider mm att behöva utvecklas över tid.

Telefon

Det finns redan idag ett 020 nummer inom tjänsten ”Call me”, med möjlighet att knappa sig fram till ett visst sjukhus. Alla sjukhus ska kopplas till detta nummer.

Via detta nummer ska invånarna få tillgång till adekvat och standardiserad information om vårdgaranti och valfrihet och frågeställningar ska kunna lösas direkt. Funktionen ska också ha mandat att slussa väntande patienter till annat sjukhus/vårdgivare utifrån ordinarie regelverk för finansiering.

För patienter kan det också vara en möjlighet att vända sig någon annan stans när man inte är nöjd med de svar man fått på sjukhuset.

Tillgängligheten på detta nummer kommer att säkerställas.

Mail

I begreppet ”ett nummer in” måste det via mail finnas tillgång till funktionsbrevlådor på samtliga sjukhus samt en gemensam funktionsbrevlådeadress för hela regionen. Dessa funktionsbrevlådor finns redan idag Det behöver nu säkerställas att de bevakas på ett gemensamt sätt av personer som arbetar med och är insatta i tillgänglighets- och vårdgarantifrågor.

Remissarbetet

Ett problem för patienterna är att det ofta tar lång tid innan remisser är bedömda. Kontaktpersoner på sjukhus har i det läget ingen information att ge. Regelverket säger att remisser ska bedömas inom 3 dagar. Det är angeläget att det interna remissarbetet på sjukhusen fortsätter att förbättras.

Städa planeringslistor

På sjukhusens planeringslistor ska bara de patienter finnas som verkligen väntar på besök eller behandling, övriga ska tas bort. Det är fortfarande uppenbart att sjukhusen brister här. Förmodligen inget stort problem för väntande. I grunden är det oacceptabelt att våra planeringslistor inte är korrekta; det försämrar dessutom VGR statistik på ett onödigt sätt

Arbetet med interna processer på sjukhusen behöver tydligare följas upp av koncernkontoret på sedvanligt sätt via den regelbundna kontrollingen

Minska antalet uteblivna besök

Inom VGR uteblir patienter från ett stort antal besök. Totala antalet uteblivna besök 2015 uppgick för sjukhusen till > 150 000, varav till läkare > 47 000. Ett sätt att öka tillgängligheten kan vara att se till att patienterna kommer på sina bokade besök. Detta kan ske via

- Omvänd tidbokning, där ett sätt är att patienten via remissbekräftelse ombeds höra av sig för att boka en tid.
- Sms-påminnelse, där ett arbete pågår. Genomförandekraften i detta projekt behöver stärkas. En tydlig tidplan ska tas fram med målsättningen att arbetet kan avslutas under 2017.

Samordnare – vårdgaranti, valfrihet och produktion

De olika regiongemensamma grupperingar som idag jobbar kring vårdgaranti frågor, valfrihet, produktionsstyrning mm är viktiga även i det fortsatta arbetet och här finns stor kunskap samlad om dessa frågor.

Gruppernas uppdrag behöver dock förtydligas och säkerställas och hållas samman inom funktionen.

Avtalskunskap och tolkning av regelverk och tillämpningar

Det måste säkerställas att kunskapen om vilka avtal som finns hos andra landsting, vad de omfattar och vad vi kan skicka på, förbättras och tydliggörs. En viktig del i att förstärka relationen till patienter och andra är att Västra Götalandsregionen ger liktydiga besked oavsett vart man vänder sig: Detta förutsätter en ökad kunskap om hur regelverk och tillämpningar ska tolkas

IT-stöd

För att funktionen ska fungera på bästa sätt behöver ett fungerande IT-stöd tas fram, för tillgänglighet över organisationsgränserna av väntetider, tidbokningar mm

Kostnader - resursförstärkning

För att säkerställa att ovanstående aktiviteter kan genomföras måste utöver förtydliganden och förbättringar som beskrivits ovan följande utökning/förstärkning av befintliga resurser ske.

- Etablera ett funktionellt regiongemensamt samarbete mellan sjukhusen och koncernkontoret som på uppdrag av regiondirektören leds av koncernkontoret
- Justera upp det regiongemensamma "ett nummer in" (020 funktionen)
 - Etablera en central samordningsfunktion inom Västra Götalandsregionen inom ramen för "ett nummer in"
 - Funktionen ska ha också mandat att hjälpa patient till annan vårdgivare
 - Som del i arbetet säkerställa förvaltningarnas öppettider på telefon för vårdgaranti- och valfrihets frågor

- Förstärka koncernkontorets arbete med att hålla samman och stödja befintligt grupperingar som arbetar med avtalskunskap inom ramen för tillgänglighetsfrågor.
- Förstärka koncernkontorets arbete med att underhålla och kvalitetssäkra informationsmaterial om vårdgaranti och valfrihet
- Säkerställa arbetet med sms-påminnelser; en tydlig tidplan ska tas fram med målsättningen att arbeta kan avslutas under 2017.

Kostnader/resurstillskott:

- Rollen att på koncernkontoret leda det funktionella arbetet med dessa frågor inom Västra Götalandsregionen; 1 åa
- "Ett nummer in", 4 åa
- Koncernkontorets arbete med att hålla samman gruppering som arbetar med avtalskunskap; 1 åa
- Förstärkning av koncernkontorets arbete med att kvalitetssäkra informationsmaterial, 0,5 åa

Beräknad kostnad för ovanstående 6,5 årsarbetare, ca fem mnkr

Eva Arrdal
Direktör Utförarstyrning och samordning

Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

§ 11

Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020

Diarienummer RS 2017-00018

Beslut

1. Regionfullmäktige antar regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020 som styrdokument för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen med följande justeringar:
 - På sidorna 4, 10, 23 och 34 skall ordet funktionshinder ersättas med funktionsnedsättning.
 - På sidan 34 skall den sista meningen i första stycket med rubriken HBTQ ersättas med följande - "I utbildningen ingår HBTQ-kunskap, kännedom om HBTQ-personers hälsosituation och rättigheter samt förståelse för att en medvetenhet om heteronormativitet är en förutsättning för ett professionellt och gott bemötande."
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen får i uppdrag att årligen följa upp arbetet med genomförandet av den regionala utvecklingsplanen.

Sammanfattning av ärendet

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2007 en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 27 maj 2015, § 94, gett hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att revidera regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri från 2007.

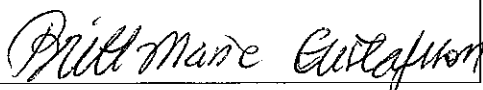
Koncernkontoret har tagit fram ett förslag till regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020 som omfattar utvecklingsåtgärder för att senast 2020 nå önskat läge. Målet är att samtliga barn och ungdomar i regionen, oavsett var man bor eller vilka barnpsykiatriska behov man har, ska garanteras en likvärdig tillgänglighet, bedömning, utredning och behandling av god kvalitet.

Beredning

Förslaget till regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri har skickats på remiss till de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna. Vissa förtydliganden och tillägg har gjorts i utvecklingsplanen med anledning av nämndernas yttranden.

Förhandling enligt MBL § 11 har avslutats i enighet med arbetsgivarens förslag den 5 december 2016.

Psykiatriberedningen har behandlat ärendet den 8 december 2016.

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

Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har behandlat ärendet den 19 december 2016.

Regionstyrelsen har behandlat ärendet den 17 januari 2017.

Yrkanden på sammanträdet

Monica Selin (KD) yrkar, med instämmande av Kerstin Brunnström (S) Carina Örgård (V), Elias Ytterbrink (MP) och Nicklas Attefjord (MP) bifall till regionstyrelsens förslag med följande justering:

- På sidorna 4, 10, 23 och 34 skall ordet funktionshinder ersättas med funktionsnedsättning.
- På sidan 34 skall den sista meningen i första stycket med rubriken HBTQ ersättas med följande - "I utbildningen ingår HBTQ-kunskap, kännedom om HBTQ-personers hälsosituation och rättigheter samt förståelse för att en medvetenhet om heteronormativitet är en förutsättning för ett professionellt och gott bemötande."

Helena Holmberg (L) och Gunilla Druve Jansson (C) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Vidare yttrar sig Hanna Wigh (SD).

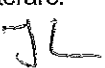
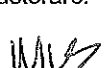
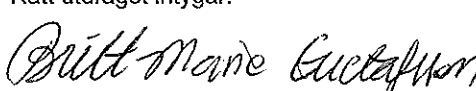
Beslutsgång

Ordförande ställer först proposition på regionstyrelsens förslag och finner det bifallet.

Ordförande ställer därefter proposition på Monica Selins med fleras tilläggsyrkande och finner det bifallet.

Beslutsunderlag

- Regionstyrelsens beslut 2017-01-17, § 3
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-03
- Yttrande från östra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-10-18
- Yttrande från Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd 2016-10-21
- Yttrande från västra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-10-24
- Yttrande från södra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-10-27
- Yttrande från norra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-10-28
- Sammanställning av inkomna synpunkter på regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020 samt kommentarer
- Psykiatriberedningens beslut 2016-12-08, § 10
- Tjänsteutlåtande daterat 2016-12-09
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut 2016-12-09, § 190
- Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020

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

Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

Skickas till + utvecklingsplanen

Lise-Lotte Bergerlind för genomförande och vidarebefordran till berörda sektorsråd

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård för kännedom

Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom

Justerare: JL	Justerare: PT	Justerare: MV	Rätt utdraget intygar: Brillmanc Gustafsson
------------------	------------------	------------------	--

Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020

Antagen av regionfullmäktige 2017-01-31, § 11

Förord

Denna regionala utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP-RUP) i Västra Götalandsregionen (VGR) syftar till att utgöra underlag för strategiska utvecklingsområden inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri i VGR för förbättrade vård och stödinsatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa och deras vårdnadshavare. Utvecklingsplanen presenterar också olika behovsgrupper och angelägna utvecklingsområden för att säkerställa att ny kunskap och nya metoder kommer behövande tillgodo samt ett antal förslag till åtgärder som är nödvändiga för att möjliggöra utvecklingen.

Arbetet med utvecklingsplanen har skett i nära samverkan med Sektorsrådet för Barn- och ungdomspsykiatri (SR BUP). Det har skett parallellt med och stämts av mot framtagande av förslaget kring ”Stärkt första linjens vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga”. Dialog har under processen förts med patient- och brukarorganisationerna NSPHiG och Autism- och aspergerföreningen och värdefulla synpunkter har kunnat vävas in i skrivningen. Stommen i arbetet har varit framtagande av åtta regionala medicinska riktlinjer (RMR) vars arbetsgrupper har utsetts av SR BUP. Arbetsgruppernas arbete har utgjort grunden i dessa RMR, men är inte identiskt med de skrivningar som återfinns i detta dokument.

Borås i oktober 2016

Lise-Lotte Risö Bergerlind
Enhetschef
Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

Stephan Ehlers
Medicinsk rådgivare
Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

Innehåll

Sammanfattning.....	s. 4
Uppdraget.....	s. 9
Nulägesbeskrivning.....	s. 12
Utveckling över tid.....	s. 15
Diagnoser och diagnostik.....	s. 19
Omvärldsbevakning.....	s. 27
Analys.....	s. 30
Förslag	s. 36

Sammanfattning

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2007 en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Med anledning av de gångna åren gav psykiatriberedningen i maj 2015 uppdrag att följa upp och revidera denna plan samt föreslå utvecklingsåtgärder för att senast 2020 nå önskat läge. Målet är att samtliga barn och ungdomar i regionen, oavsett var man bor eller vilka barn- och ungdomspsykiatriska behov man har, ska garanteras en likvärdig tillgänglighet, bedömning, utredning och behandling av god kvalitet. Uppdragstagare är enhetschefen för Kunskapscentrum för psykisk hälsa (KPH) som skapat en projektorganisation för uppdraget. Dialog har förts med brukar-, patient- och närståendeföreningar.

I tidigare plan angavs som önskvärt mål att utveckla BUP till en mer specialiserad del av specialistsjukvården för att öka tillgängligheten till utredning och behandling för barn och ungdomar med svårare psykiska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att nå dit angavs insatser kring bl.a. personalförstärkningar, kompetenshöjande insatser och ökad användning av regionala vårdprogram. Uppföljning visar insatser har genomförts på flera områden, bl.a. rekrytering av sjuksköterskor, utbildningsinsatser och framtagande av medicinska riktlinjer för två diagnosområden och dokument för ansvarsfördelning mellan vårdnivåer har tagits fram. Uppdraget med nuvarande handlingsplan har resulterat i intensivt arbete med att ta fram riktlinjer för ytterligare diagnosområden.

Barn- och ungdomspsykiatri bedrivs inom fem sjukhusområden – Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus. Samtliga kliniker förutom Kungälv har heldygnsvårdsavdelningar. Det finns tre enheter med regionala uppdrag bl.a. kring ätstörningsvård och mottagning för könsdysfori. BUP-verksamheterna erbjuder teambaserade insatser vilket innebär tvärprofessionell bedömning gällande utredning, diagnostik och behandling. Beroende på hur respektive hälso- och sjukvårdsnämnd har tecknat avtal finns det också andra aktörer på området som ger insatser till barn och unga, ex. Angereds närsjukhus med deluppdrag kring barn- och ungdomspsykiatri och Mando-kliniken som utreder och behandlar patienter med ätstörningsproblematik. Därutöver finns avtal med privata aktörer ex. för neuropsykiatriska utredningar.

BUP ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån hens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. En viktig del i BUPs arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till föräldrar/anhöriga. Samverkan med andra aktörer är en nödvändig förutsättning för bästa möjliga vård och behandling för den unge. Det finns flera avtal, överenskommelser och riktlinjer som anger grunden för samverkan mellan vårdgrannar.

Det är svårt att ge en överblick av psykisk hälsa och ohälsa bland barn och unga i Västra Götaland. Beroende på vilken källa av statistik som man använder sig av kan man få olika bilder. Vilka begrepp och definitioner man använder sig av - *psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriskt tillstånd* - spelar också in. Det framstår som att psykisk hälsa är generellt god bland barn och unga men att flickor i tonåren i mindre grad bejakar frågor om man mår bra. Psykisk ohälsa däremot tenderar att öka med åldern och upp emot 7 % av flickorna rapporterar psykisk ohälsa i någon omfattning, siffran är något lägre för pojkar. Genomgående rapporterar flera tiotals procent av ungdomar psykiska besvär, mest uttalat bland flickor. Det har sedan mitten av 1980-talet skett en kraftig ökning av andelen unga med psykiska besvär. Däremot förefaller trenden ha brutits så att andelen unga med psykiska besvär under de senaste 10–15 åren varit förhållandevis stabil, men på hög nivå, utan några säkra tecken på att minska. Förekomsten av allvarigare psykiatriska tillstånd kan följas med

hjälp av hälso- och sjukvårdsregister. De vanligaste barn- och ungdomspsykiatriska tillstånden är ADHD¹, depressiva tillstånd, autismspektrumtillstånd (AST²) och ångesttillstånd. Antalet självmord bland unga har inte minskat.

Antalet besök till BUP har ökat med 29 % mellan åren 2010 och 2015. Antalet individer som haft kontakt med BUP har ökat under samma period med 36 %. Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri är lagstadgad och gäller såväl till första bedömning som till fördjupad utredning och/eller behandling. Staten har under de senaste åren såväl stimulerat som ställt krav på landstingen att klara gränserna för vårdgarantin. BUP har sedan 2013 haft ökade svårigheter att klara måltalen med stora skillnader mellan BUP-verksamheter inom regionen. Antal unika individer som tvångsvårdats inom BUP ökar tydligt. Åtgärder som förekommer inom tvångsvården är fastspänning, avskiljning och läkemedelstillförsel under fasthållande eller fastspänning.

En förbättrad diagnossättning inom regionen gör det möjligt att jämföra en faktisk prevalens³ inom VGR med den förväntade prevalensen i befolkningen. För depression så ligger VGR klart under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, men för tonåringar någorlunda inom prevalensintervallet. VGR ligger klart under förväntad prevalens när det gäller ångestsyndrom och tvångssyndrom. Statistiken för ADHD och AST visar en annan bild. VGR ligger i övre gränssnittet för förväntad prevalens för ADHD hos tonårspojkar, och över förväntad prevalens för tonårsflickor. För AST ligger VGR över förväntad prevalens, särskilt för tonårsflickor. I genomsnitt begår 8-9 ungdomar i åldersgruppen 15-19 år suicid varje år i VGR.

Statistiken visar att BUP behöver bli bättre på att identifiera vanliga tillstånd som depression, ångest och tvång hos barn och ungdomar och att förhållandevis många barn och ungdomar får en ADHD och/eller AST diagnos. Detta understryker vikten av att BUP har en barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens med tillräcklig bredd och djup för att kunna göra differentialdiagnostiska bedömningar.

Forskning och utveckling är av stor betydelse för att kunna erbjuda patienter nya utredning- och behandlingsmetoder. Inom klinisk verksamhet kan personer med forskningserfarenhet göra viktiga bidrag genom t.ex. undervisning och handledning. Forskningen inom detta område är huvudsakligen inriktad på neuropsykiatri och utvecklingsneurologi. Åtgärder för att få fler BUP-verksamheter involverade i forskning och för att den kliniska forskningen ska omfatta fler patient/diagnosgrupper kan vidtas.

I regionen pågår projekt och uppdrag som har bäring på BUPs verksamhet, bl.a. uppdraget "Kraftsamling för fullföljda studier" som innebär att samordna regionens arbete för att identifiera och föreslå åtgärder med positiv påverkan på fullföljda studier. BUP kan bidra till måluppfyllnad genom att upprätthålla hög tillgänglighet, bidra med kvalificerade utredningar, diagnostik och behandlingsinsatser och god samverkan. Vad gäller metodutveckling bör metoder utvecklas för de barn och unga som av något skäl inte tar sig till skolan, s.k. hemmasittare.

Ett annat uppdrag i VGR är inom området missbruk/beroende. Socialstyrelsen utkom i april 2015 med reviderade nationella riktlinjer inom området som syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder. I det pågående regionuppdraget ingår att analysera hur dagens verksamheter förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna och ta fram handlingsplan med åtgärder. BUP omfattas av riktlinjerna och kommer att inkluderas i kommande utbildningssatsningar och

¹ ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

² Autismspektrumtillstånd/AST = ett samlingsnamn för flera olika diagnoser men som för individen innebär begränsningar avseende bl.a. social kommunikation och samspel samt stereotypa beteenden

³ Prevalens anger den andel individer i en population som har en given sjukdom eller tillstånd. Kan anges som punktprevalens, d.v.s. vid en viss tidpunkt, eller inom ett visst intervall.

ansvarsfördelningsdokument eftersom genomförd analys visar på stora utbildningsbehov för BUPs vidkommande.

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2013 ett hyrläkarstopp. Anledningen var att regionen under lång tid haft många hyrläkare och förutom att det är dyrt leder det till kvalitetsbrister, brist i kontinuitet och svårigheter i utvecklingsarbete. BUP-verksamheterna avser att ansluta till satsningen i september 2017.

På nationell nivå har två utredningar genomförts som föreslår åtgärder för en effektiv vård av god kvalitet. Båda dessa utredningar anger ett antal strategiska åtgärder bl.a. nivåstrukturerad vård för att patienter ska få tillgång till patientsäker vård av god kvalitet och för att hälso- och sjukvården ska kunna använda resurser mer effektivt.

Utifrån det arbete som pågår med att ta fram regionala medicinska riktlinjer har varje verksamhetschef gjort konsekvensanalys utifrån respektive klinik. En sammanfattning utifrån ett regionalt perspektiv visar att det blir tydligt att BUP går mot en mer specialiserad vård med ett stort spektrum av insatser. Flera av riktlinjerna innebär ett större åtagande för BUP såväl kvalitativt som kvantitativt, för utredning, behandling och uppföljning. Utifrån patientsäkerhetsperspektivet är det angeläget att enheterna har tillräckligt patientunderlag och personalvolym för att upprätthålla kvalitet, kompetens och också underlätta rekrytering.

Införande av riktlinjerna kommer att kräva stora insatser på utbildningssidan och metodutveckling för att kunna erbjuda det stora spektrum av behandlingsinsatser som finns tillgängliga. Även om utbildningsinsatser genomförts i stor utsträckning krävs ständig påfyllnad p.g.a. personalomsättning. Det behövs också förstärkning av personal, d.v.s. en grundbemanning tillräckligt stor för att möjliggöra behovet av ständig kompetensutveckling. Tillgång till andra yrkeskategorier såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder och dietister behöver också utvecklas. Inom området bipolära syndrom och personer med psykosjukdom kommer en regional enhet att behöva tillskapas. Vad gäller området PTSD/trauma så kan det antas att den utökade befolkningen framförallt från andra länder, flyktingbarn och andelen ensamkommande barn kommer att kräva behov av mer insatser från BUP än hittills.

Såväl medicinska riktlinjer som utvecklingsplanen har fokus på barn- och ungdomspsykiatriens utvecklingsbehov som specialiserad verksamhet och för att skapa ett mer jämlikt utbud med tillgång till ett brett spektrum av högkvalitativa insatser över hela länet, med målet att använda de gemensamma resurserna effektivt. Tillgänglighet till första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa är central för att BUP ska klara sitt uppdrag för de barn och unga som kräver specialistpsykiatriens insatser.

Nationella utredningar pekar på en omställning i vården för att klara utmaningarna inom flera områden. Även för BUPs vidkommande behöver vårdstrukturen gå mot färre och större mottagningar med inbyggd specialisering för att klara dessa utmaningar. Det krävs ett tillräckligt patientunderlag för att kunna erbjuda ex. gruppbehandlingar, men det krävs också för att klara arbetet med befintlig personalstruktur. Små enheter blir alltför sårbara, inte bara i redan svårrekryterade områden, utan för att det breda spektra av insatser kräver personal med kompetens inom många områden. För att tillgodose närheten till barnets naturliga sammanhang i vardagen behövs fler flexibla, mobila lösningar byggas upp.

En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning måste ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet och det är viktigt för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. En grundläggande kompetens behövs på varje mottagning: barn- och ungdomspsykiater, psykologer, sjuksköterskor, socionomer och sekreterare. Till mottagningar behöver det säkras tillgång till andra specialkompetenser såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och logopeder.

Inom ramen för uppdraget har också ingått att särskilt ange åtgärder för att nå regionens nollvision om fastspänning och avskiljning i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. För att klara detta mål krävs väl anpassade lokaler och vårdmiljöer som minimerar risken för att behöva använda tvångsåtgärder t.ex. tillgång till s.k. lugna rum och möjlighet till avskiljning. Det krävs också rätt kompetens hos personalen och utbildningsinsatser kring lågaffektivt bemötande. Dagens omfattning av de fyra sjukhusförvaltningarnas heldygnsvård bedöms tillräcklig om det också tillskapas en regional enhet för personer med särskilda vårdbehov och kraftigt utagerande beteende med hot och våld. Denna enhet bör tillskapas inom ramen för SU. Uppbyggnad av mellanvårdsformer är viktiga t.ex. dagvård och mobila team som alternativ till heldygnsvård. Utöver detta krävs en väl fungerande öppenvård med utveckling av behandlingsinsatser till patientgrupper som riskerar utagerande beteendestörningar som kan leda till att låst heldygnsvård och tvångsåtgärder blir nödvändiga.

Andra utvecklingsområden för BUPs vidkommande är strukturer för att ta tillvara brukares erfarenheter över vårdens innehåll, såväl i den enskilda vården men också i verksamhetsutveckling och för uppföljning. Detta arbete bör samordnas regionalt i dialog med brukarorganisationer. Det finns också ett behov av att öka kunskaper om hur normer och normativa förväntningar utgör hinder i ett bra bemötande av transpersoner liksom det är angeläget att hitta nya – digitaliserade – format för behandlingsinsatser och kontakt med patienter. Ytterligare förbättringsområden finns inom ramen för hemsidan 1177.se där insatser krävs för en enhetlig struktur på information till medborgarna om såväl verksamheterna och information om psykisk ohälsa.

Förslag till åtgärder:

- En viktig utgångspunkt för utvecklingen för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är innehåll och implementering av åtta nya regionala medicinska riktlinjer som tydliggör innehåll och anger kvalitetsbasen i de insatser som ges, oavsett aktör.
- De fem sjukhusförvaltningar som bedriver verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri ska inkomma med ett förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och mellanvård med syfte att skapa färre och mer robusta mottagningar/enheter till KPH för psykisk hälsa för vidare beredning. Detta arbete ska ske i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna.
- Regional heldygnsvårdsavdelning om 4-6 platser tillskapas för patienter med starkt utagerande. Lokaliseras på BUP/SU tillsammans med BUPs övriga heldygnsvård.
- Regional enhet för patienter med bipolära syndrom/psykotiska symtom tillskapas, inom ramen för BUP/SU.
- Kunskapsnoder tillskapas för att ta tillvara ny kunskap, och driva utvecklingen vidare och föreslå samordnade utbildningsinsatser. Noderna knyts till de områden som finns med i utvecklingsplanen består av medarbetare från respektive klinik och samordnas av KPH.
- En kompetensutvecklingsplan för samtlig personal inom BUP tas fram av sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri med administrativt stöd från KPH.
- En kompetensförsörjningsplan för BUP behöver tas fram för att klara de framtida vårdbehoven. För att avsluta beroendet av personal inom olika bemanningsföretag krävs att alla vakanta tjänster fylls. KPH håller samman arbetet där sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri, koncernstab HR och övriga berörda parter ingår.
- Det behövs förstärkning för att utöka antalet barn- och ungdomspsykiatriker, sjuksköterskor och psykologer och tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist behöver tillgodoses för att kunna förverkliga kommande regionala medicinska riktlinjer.
- Till stöd för implementering och uppföljning av de insatser och de behov som utvecklingsplanen anger behöver en processledare tillsättas. Organisatorisk hemvist på KPH, i nära samverkan med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri.

- En gemensam regional rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP och omhändertagande av personer runt 18-årsåldern ska tas fram. Detta för att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare.
- Regional samordning vad gäller utveckling och uppföljning sker via KPH.

Uppdraget

Bakgrund

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2007 en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Planen som beslutades i Regionfullmäktige innehöll en målbild för utvecklingen av barn- och ungdomspsykiatri. Med anledning av de gångna åren gav psykiatrieredningen i maj 2015⁴ uppdrag att följa upp och revidera föreliggande plan samt föreslå utvecklingsåtgärder för att senast 2020 nå önskat läge.

Utgångspunkten för planen ska vara att beskriva nuläget inom barn- och ungdomspsykiatri och hur dagens verksamhet förhåller sig till förändringar avseende sjukdomsbilder, medicinska metoder och samhällsförändringar i övrigt. Det är viktigt att ansvar och samverkan belyses särskilt för att det ska vara tydligt för barn och familjer att finna en väg in och för att få den vård och det stöd som behövs. För att åstadkomma ett mer nivåstrukturerat och resurseffektivt arbetssätt behöver den nya planen behålla det breda perspektivet.

Mål och syfte

Målet är att samtliga barn och ungdomar i regionen, oavsett var man bor eller vilka barn- och ungdomspsykiatriska behov man har, ska garanteras en likvärdig tillgänglighet, bedömning, utredning och behandling av god kvalitet.

Uppdraget innebär att utifrån hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppdrag, regionfullmäktiges budget 2015 och pågående nationell och regional utveckling följa upp och revidera 2007 års regionala utvecklingsplan för BUP.

Utvecklingsplanen ska innehålla en nulägesbeskrivning och handlingsplan för de fem barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna inom regionen, som beskriver vad som behöver göras inom respektive verksamhet för att nå önskat läge inom både öppenvård och heldygnsvård. Utvecklingsplanen ska också beskriva behov av regiongemensamma enheter för öppen- eller heldygnsvård för specifika patientgrupper.

Pågående relevanta utvecklingsprojekt ska redovisas liksom vårdutbud och verksamhet ska beskrivas ned till verksamhetsnivå. Hälsoläget och vårdkonsumtionen i VGR ska redovisas. En översyn av tillgängligheten till vård och behandling på verksamhetsnivå ingår i uppdraget.

Regionala medicinska riktlinjer ska uppdateras/utarbetas för diagnosgrupper.

Avgränsningar

Uppdraget omfattar vård och behandling av barn och ungdomar som är i behov av barn- och ungdomspsykiatrins insatser. Utvecklingsplanen innefattar inte området missbruk och beroende utifrån att detta omfattas i ett pågående regionuppdrag.

Arbetsorganisation och process

Uppdragsgivare är hälso- och sjukvårdsdirektören. Uppdragstagare är enhetschefen för kunskapscentrum för psykisk hälsa som är projektansvarig. Uppdraget har letts av styrgrupp bestående av:

- Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef för kunskapscentrum för psykisk hälsa
- Stephan Ehlers, barn- och ungdomspsykiater, medicinsk rådgivare
- Katarina Andersson, ordförande sektorsrådet BUP/verksamhetschef vid BUP, Kungälvssjukhus.

⁴ Protokoll från psykiatrieredningen, 2015-05-07, HS 203-2015 § 3

För arbetet med regionala medicinska riktlinjer har särskilda grupper med kliniskt verksamma experter tillskapats med ansvar och fokus på respektive diagnosområde/behovsområde. Dessa gruppers arbete har letts av Stephan Ehlers och processen med riktlinjerna följer det förlopp som koncernstab hälso- och sjukvård har fastställt för riktlinjearbete innan beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Dialog har förts kontinuerligt med psykiatriberedningen och sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Dialog har även förts med brukar-, patient- och närståendeföreningarna NSPHiG⁵ och Autism- och aspergerföreningen.

Vad har hänt sedan föregående utvecklingsplan?

I 2007 års plan angavs som önskvärt mål att utveckla BUP till en mer specialiserad verksamhet för att öka tillgängligheten till utredning och behandling för barn och ungdomar med svårare psykiska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att nå dit angavs följande insatser kring bl.a.

personalförstärkningar, kompetenshöjande insatser och ökad användning av regionala vårdprogram. Nedan följer en kort redovisning av dessa insatser.

Insatser:	Uppföljning:
Öka antalet läkare och sjuksköterskor på mottagningarna	Alla mottagningar har ökat antalet sjuksköterskor, en del med påbyggnad specialistpsykiatri eller annan relevant vidareutbildning. En markant ökning. Vad gäller läkare är det en pågående rekrytering av både specialister och ST-läkare. Barnpsykiater en brist, såväl regionalt som nationellt.
Fler psykologer med neuropsykologisk kompetens	Finns god kompetens på de flesta mottagningar idag, samtliga verksamheter har god kompetens att utreda och behandla. Dessutom finns subspecialiserade team för fördjupade utredningar. Dock finns regionala variationer och variationer över tid p.g.a. små sårbara mottagningar.
Regionala utbildningar i standardiserade utredningsmetoder, psykoterapi, manualbaserade föräldrautbildningar och gruppbehandlingar.	Flera regionala utbildningsinsatser har hållits både i utredningsmetodik, behandling, som stöd till föräldrar ex. ADOS, ADI-R, KBT, Komet, Strategi ⁶ mm. Ständigt pågående påfyllnad hos personal p.g.a. personalomsättning.
Ökad användning av regionala medicinska prioriteringsriktlinjer	Riktlinjer för ansvarsgränser togs fram 2009 ⁷ men har inte fått det genomslag som krävdes. Nytt dokument är under revidering.
Regionala vårdprogram för de fem vanligaste diagnoserna	Två regionala medicinska riktlinjer (RMR) har tagits fram för diagnosområdena ADHD ⁸ och ätstörning.
Regional utbildning i standardiserad diagnossättning enligt DSM ⁹	Genomförts på olika nivåer.
Tillgång till internetbaserad behandling	Införs nu, har väntat på nationell lösning (plattform) via 1177 Vårdguiden. Etableras behandlingsformer inom VGR.
Ökad möjlighet till akutbesök inom öppenvården	I samtliga delar av regionen finns öppenvårdsmottagningar som har akutansvar mellan kl. 8.00 - 16.00/16.30.
Ökad möjlighet till konsultation för vårdgrannar och samverkanspartners	Öppenvården har utvecklat konsultationsmodeller enligt Västbus riktlinjer med socialtjänst, skola och habilitering.

⁵ NSPHiG (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland)

⁶ ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised), KOMET (KOMmunikationsMETod för föräldrar och lärare), Strategi (manualbaserat föräldrautbildningsprogram)

⁷ Ett utvecklat samarbete – Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder, VGR

⁸ ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – innebär bristande uppmärksamhet, impulskontroll, hyperaktivitet

⁹ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – innehåller standardsdiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd

Regional medicinsk riktlinje för ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri

Ett arbete har pågått under lång tid för att ta fram en riktlinje för ansvarsfördelning och konsultation mellan primärvården i Västra Götaland och BUP. Riktlinjen fastställer att primärvården har ett utökat ansvar för bedömning och insatser för barn och ungdomar med lindriga psykiska symtom, medan BUP ansvarar för mer omfattande eller specifika insatser. Riktlinjen är under revidering.

Regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga

Ansvarsfördelningen och samverkan rör de två stora patientgrupperna, ADHD och AST¹⁰.

Ansvarsfördelningen syftar till att tydliggöra ansvar för identifiering, utredning och behandling men även samverkan mellan barn och ungdomsmedicin, barn och ungdomspsykiatri samt barn och ungdomshabilitering. Ansvarsfördelningen innebär ett utökat ansvar för BUP. Det pågår ett arbete att följa upp riktlinjen.

Primärvården och första linjens vård för psykisk ohälsa

Primärvården och framförallt vårdcentralerna har ett stort uppdrag när det gäller den psykiska ohälsan. Första linjens vård regleras inte i lag utan är upp till varje landsting att själva definiera genom andra vägledande dokument. I Västra Götalandsregionen regleras insatser genom ansvarsfördelningsdokument och i Krav- och kvalitetsboken och vårdöverenskommelser till sjukhusen.

En utredning gjord av koncernkontoret under 2015-2016 visade att primärvården behöver förstärkas och uppdraget kring vem som gör vad enligt första linjens vård behöver tydliggöras. Ett förslag om vårdcentraler med särskilt uppdrag för barn och unga mellan 7-18 år beslutades av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni 2016. Vårdcentralen är den naturliga utgångspunkten utifrån sin närhet till befolkningen och sin grund i allmänmedicinen för att kunna utesluta och behandla somatisk sjukdom även då symtomen ger misstanke om psykisk ohälsa. Vårdcentralerna behöver därför förstärkning såväl resursmässigt som kompetensmässigt. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om förstärkning med bäring på barn och unga innebär i huvudsak att 5–6 vårdcentraler genom tilläggsuppdrag får i uppdrag att, utöver vårdcentralernas ordinarie uppdrag, särskilt ta hand om barn och unga i åldrarna 7-18 år med psykisk ohälsa. Detta prövas nu som pilotprojekt på flera geografiska platser i länet.

¹⁰ Autismspektrumtillstånd/AST = ett samlingsnamn för flera olika diagnoser men som för individen innebär begränsningar avseende bl.a. social kommunikation och samspel samt stereotypa beteenden.

Nulägesbeskrivning

Organisation

Öppenvård/dagvård

Barn- och ungdomspsykiatri bedrivs inom fem sjukhusområden – Kungälv's sjukhus (KS), NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus (SkaS), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Totalt finns 29 öppenvårdsmottagningar i länet. De flesta verksamhetsområden har också någon form av mobil verksamhet för insatser på andra tider än dagtid.

Sjukhusområde:	Utbudspunkter:
KS	3 öppenvårdsmottagningar - 2 utbudspunkter
NU	6 öppenvårdsmottagningar - 6 utbudspunkter
SkaS	7 öppenvårdsmottagningar - 6 utbudspunkter
SU	5 öppenvårdsmottagningar - 8 utbudspunkter
SÄS	8 öppenvårdsmottagningar - 7 utbudspunkter

Heldygnsvård

Heldygnsvård bedrivs inom samtliga kliniker förutom Kungälv. SU har 8 akutvårdsplatser och 7 platser för korttidsvård (fem dygn), SÄS och NU-sjukvården har 6 platser vardera och SkaS har 4 platser.

Regionala enheter

Det finns tre enheter med regionala uppdrag - SÄS/Lundströmmottagningen med uppdrag kring utredning av personer med könsdysfori, SUs slutenvårdsenhet för missbruk och beroende (från 16 år) och SUs ätstörningsmottagning (ålder 16-25 år).

Inomregionala skillnader att omhänderta invånarnas behov av vård

Inom regionen finns det också andra aktörer beroende på i vilken omfattning resp. hälso- och sjukvårdsnämnderna gett uppdrag. T.ex. finns Angereds närsjukhus med deluppdrag kring barn- och ungdomspsykiatri och lokala överenskommelser med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i Härryda och Mölndal. Även i Skaraborg har barn- och ungdomsmedicin uppdrag kring neuropsykiatriska tillstånd. I Närhälsans regi i Göteborg finns en mottagning för unga vuxna (MUX). Dessutom finns privata aktörer på upphandlade avtal att anlita för utredningar¹¹ eller för utredning och behandling av ätstörningar (Mandometer-kliniken).

Verksamhetsidé

BUP ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån hens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation.

Samverkan

En viktig del i BUPs arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till föräldrar/anhöriga. Samverkan med andra aktörer, internt och externt, är en nödvändig förutsättning för bästa möjliga vård och behandling för den unge. BUP samarbetar med barnomsorg, skola, socialtjänst,

¹¹ S.k. tillgänglighetsavtal med Wemind, Stiftelsen Bräcke Diakoni, KBT-gruppen och Cereb.

ungdomsmottagningar m.fl. Det finns flera avtal, överenskommelser och riktlinjer som anger grunden för samverkan mellan vårdgrannar.

Hälso- och sjukvårdsavtal

Ett avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan VGR och kommunerna i VG. Har funnits sedan regionbildningen 1999 och reglerar ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård inom de områden där huvudmännen har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Avtalet baseras på den lagreglerade ansvarsfördelningen och gjorda överenskommelser mellan parterna. Parternas hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Det gemensamma syftet mellan parterna är att avtalet ska säkra ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande stärka och främja samverkan och samarbete mellan parterna för att bidra till ett tryggt och självständigt liv för individen. [Länk till avtalet.](#)

Överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan regionen och länets kommuner om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning eftersom det sedan 2010 finns lagstiftat om utökade skyldigheter mellan region och kommuner för att säkerställa samarbetet kring personer med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Överenskommelsen anger ansvarsgränser mellan huvudmännen och reglerar samverkan runt enskilda individer, och omfattar såväl offentliga som privata utförare. Huvudmännen interna ansvarsfördelning regleras inte. [Länk till överenskommelsen.](#)

SOSFS 2008:20 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

Genom Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:20) har skyldigheten skärpts genom att dessa anger att kommunerna och landstingen ska skapa gemensamma rutiner för samordning av insatser. Sedan 2009 finns det för länet framtagna gemensamma rutiner för tillämpning av föreskrifterna. [Länk till gemensamma rutiner.](#)

Samverkan mellan kommuner och regionen (Västbus)

Sedan 2005 finns gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik, s.k. Västbus riktlinjer. Dessa riktlinjer reviderades och kompletterades 2012 med riktlinjer för familjehemsplacerade barn. Riktlinjerna omfattar verksamheter inom hälso- och sjukvården, primärvård, specialistpsykiatri och habilitering, och inom kommunernas socialtjänst och skola. Gäller såväl offentliga som privata utförare. [Länk till Västbus riktlinjer.](#)

SIP – samordnad individuell plan

Sedan 2010 står det i såväl Hälso- och sjukvårdslagen som i Socialtjänstlagen, att för personer som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska en individuell plan upprättas. Planen ska innehålla:

- Insatser den enskilde behöver
- Huvudmännens ansvar
- Vilka åtgärder som vidtas av någon annan är kommunen och landstinget
- Vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen

I Västra Götaland finns sedan 2015 för regionen och samtliga kommuner en gemensam riktlinje för upprättande av individuella planer, en s.k. SIP (samordnad individuell plan). Dessutom finns blanketter och mallar att använda för arbetet. [Länk till SIP-riktlinje och övrigt material.](#)

Konsultationsmodell

En regional rutin för konsultationsmodell är under framtagande och kommer att tydliggöras i kommande regionala medicinska riktlinje för ansvarsfördelning mellan primärvården och BUP¹². Konsultationsarbetet omfattar samtliga vårdcentraler anslutna till Västra Götalands primärvård och BUP i Västra Götaland. Målsättningen är att optimera samarbetet mellan primärvården och BUP för att förbättra vården för den enskilde patienten och underlätta arbetet genom kompetensutveckling i vardagen. Det som är bäst för patienten ska vara vägledande. Konsultationsmodellen beskriver flera olika konsultationsvägar beroende på brådskandegrad.

¹² Kommentar från sidan 9: Riktlinjer för ansvarsgränser togs fram 2009 men har inte fått det genomslag som krävdes. Nytt dokument är under revidering.

Utveckling över tid

Utvecklingen av psykisk hälsa bland barn och unga¹³

Det är svårt att ge en överblick av psykisk hälsa och ohälsa bland barn och unga i Västra Götaland. Beroende på vilken källa av statistik som man använder sig av kan man få olika bilder. Vilka begrepp och definitioner man använder sig av - psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriskt tillstånd - spelar också in, liksom jämförelser mellan olika åldrar.

Skattningar av *psykisk hälsa* baseras oftast på survey-undersökningar¹⁴, med innehåll kring olika aspekter av välbefinnande. Det framstår som att psykisk hälsa är generellt god bland barn och unga men att flickor i tonåren i mindre grad bejakar frågor om man mår bra. Denna tendens är mer uttalad för de äldre flickorna och sedan mitten av 00-talet noteras en sjunkande andel med högt välbefinnande i denna grupp.

Psykisk ohälsa skattas också oftast med hjälp av survey-undersökningar. Psykisk ohälsa tenderar att öka med åldern och upp emot 7 % av flickorna rapporterar psykisk ohälsa i någon omfattning, siffran är något lägre för pojkar. Mer "raka" frågor om man har specifika psykiska besvär genererar högre andelar flickor och pojkar som bejakar sådana, med de högsta andelarna bland äldre flickor. Här skiljer sig utfallen något beroende på typ av besvär och vilken undersökning som använts, men genomgående rapporterar flera tiotals procent av ungdomar psykiska besvär, mest uttalat bland flickor.

Det har sedan mitten av 1980-talet skett en kraftig ökning av andelen unga med psykiska besvär. Då rapporterade omkring 5–10 % av unga kvinnor olika slags besvär vilket fram till en bit in i 2000-talet ökat till omkring 35–40 %. Man noterar en liknande utveckling bland unga män men mindre dramatisk. Däremot förefaller trenden ha brutits så att andelen unga med psykiska besvär under de senaste 10–15 åren varit förhållandevis stabil, men hög nivå, utan några säkra tecken på att minska. Dock försvåras bedömningen av att undersökningarna skiljer sig åt och att för de yngre barnen saknas i stor utsträckning.

Utvecklingen av *psykiatriska tillstånd* har ett annat mönster. För de lättare tillstånden finns sannolikt ett mörkertal och statistiken underskattar därför förekomsten av dessa. Däremot kan man räkna med att förekomsten av allvarigare tillstånd ganska väl kan följas med hjälp av hälso- och sjukvårdsregister.

Utvecklingen av alkohol- och drogrelaterade tillstånd ser olika ut beroende på vilka datakällor man använder för sin analys. CAN¹⁵ presenterar årligen sin drogvaneundersökning och data därifrån visar att såväl bland ungdomar i årskurs 9 i grundskolan och i årskurs 2 på gymnasiet så har andelen alkoholkonsumenter sjunkit under 2000-talet. Det är fler flickor än pojkar som dricker alkohol. Även årskonsumtionen hos de som dricker syns nedåtgående siffror. Vad gäller narkotikaanvändning framkommer att siffran för de som i åk 9 svarar att de någon gång provat narkotika ligger relativt konstant mellan 5-10 %, för 2014 uppgav runt 8 % att de provat narkotika. För ungdomar i gymnasiet ligger siffrorna runt 17 %. Det är vanliga mer narkotikaerfarenhet hos pojkar, i synnerhet vad gäller mer omfattande narkotikaanvändning.

Utveckling inom barn- och ungdomspsykiatri i VGR¹⁶

Under 2000-talet har det skett en kraftig ökning av vårdkonsumtionen p.g.a. psykiatriska diagnoser bland barn och unga. De vanligaste psykiatriska tillstånden är ADHD, depressiva tillstånd, autismspektrumtillstånd och ångesttillstånd. Antalet självmord bland unga har inte minskat på samma sätt som bland vuxna.

¹³ Göran Henriksson, Koncernavdelning data och analys, enheten för samhällsanalys.

¹⁴ Datainsamlingar för att få en representativ kartläggning, ofta genom kvantitativa undersökningar med standardiserade frågor.

¹⁵ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

¹⁶ Catarina Karlberg, Koncernavdelning data och analys, enheten för regional vårdanalys: uppgifter från VEGA

Besök till barn och ungdomspsykiatri i VGR

Antalet besök till BUP har ökat med 29 % mellan åren 2010 och 2015, från ca 76 500 besök till 99 000 besök. Antalet barn och unga som haft kontakt med BUP har ökat med 36 % under samma period, från ca 10 100 till 13 700 individer.

Personal

Det är svårt att ge en överblick över personalutvecklingen inom BUP. Det finns inte någon samlad statistik längre tillbaka än 2013. Anledningen till att det är svårt att följa är bl.a. att förändrade upptagningsområden, sammanslagna mottagningar, konvertering av tjänster och organisationsförändringar. Gemensamt för alla verksamheter är en markant ökning av antalet sjuksköterskor från 2007 och framåt. Framförallt gäller ökningen sjuksköterskor i öppenvården som mer än fördubblats.

Barn - och ungdomspsykiatri inom VGR har precis som övriga landet enorma utmaningar gällande rekrytering av kompetent personal och att kunna tillsätta vakanta tjänster. Det har varit länge svårt att rekrytera barn- och ungdomspsykiatriker men det är även svårt att rekrytera psykologer och sjuksköterskor, den mest ansträngda situationen är inom heldygnsvården. Förutom att det är svårrekryterade kompetenser finns idag en mycket högre grad av personalomsättning i jämförelse med 2007 och alla verksamheter erfar stora utmaningar kring rekrytering. Detta innebär stora utmaningar för den personal som är på plats och visar sig tydligast på de små enheterna.

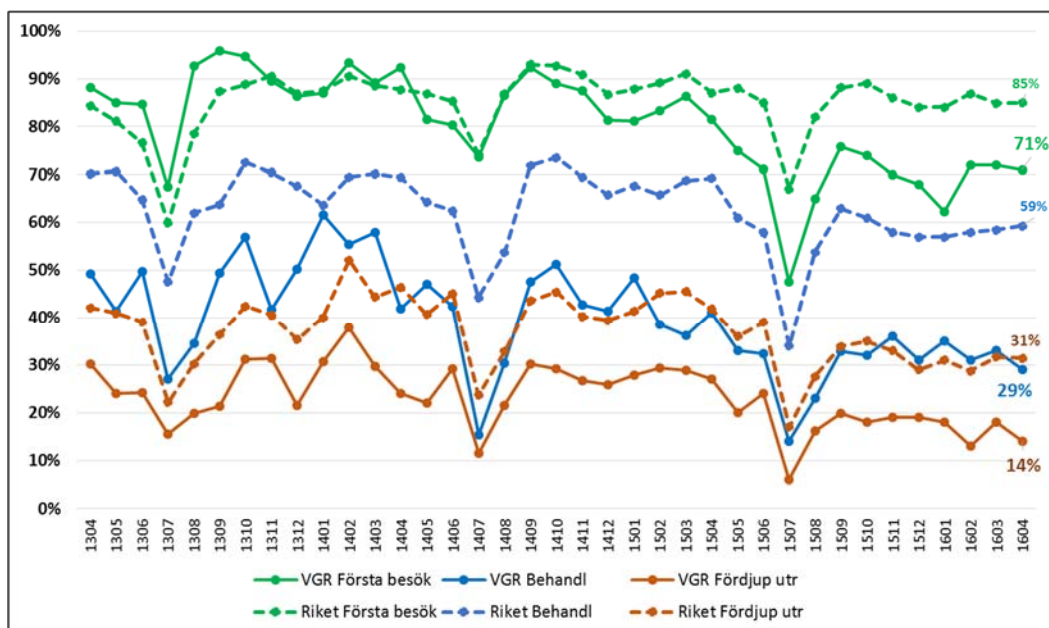
Tillgänglighet

Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri är central och gäller såväl till första bedömning som till fördjupad utredning och/eller behandling. Vårdgaranti är en lagstadgad rättighet och finns reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen. Enligt regional vårdgaranti ska ett förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri erbjudas inom 30 dagar. Efter beslut om att genomföra en fördjupad utredning och/eller behandling ska tid erbjudas inom ytterligare 30 dagar.

Staten har under de senaste åren såväl stimulerat¹⁷ som ställt krav¹⁸ på landstingen att klara gränserna för vårdgarantin, både vad gäller förstabesök och fördjupad utredning/behandling. BUP har sedan 2013 haft ökade svårigheter att klara måltalen med stora skillnader mellan BUP- verksamheter inom regionen. Det är svårt att göra en skarp analys av situationen beroende på flera faktorer, dels saknas regional statistik från HR och dels har omorganisering skett vilket gör det svårt att följa ex. personalutveckling i relation till organisation. Dels ser vi en kraftig ökning av patienter samtidigt som det föreligger vakanssituationer (särskilt runt personal med spetskompetens) på olika områden.

¹⁷ Stimulans via statsbidrag.

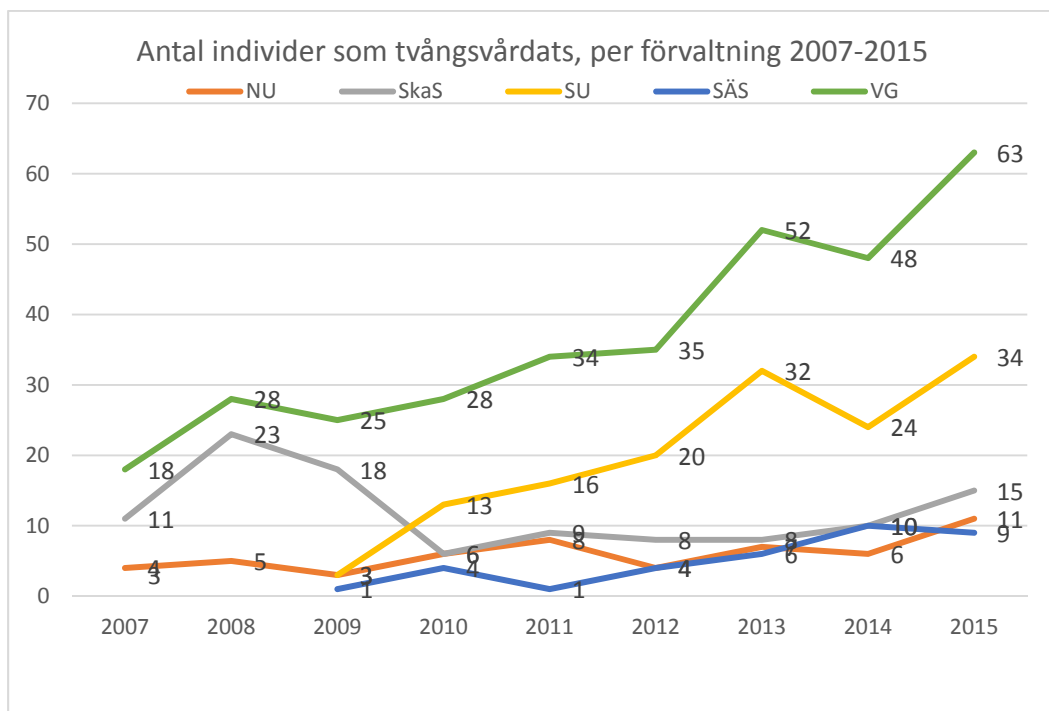
¹⁸ Rapportering och mätning i nationella väntetidsdatabasen "Väntetider i vården".



Diagrammet visar tillgänglighet till första besök och fördjupad utredning/behandling inom BUP, VGR jmf med riket som helhet.

Tvångsvård

Antal unika individer som tvångsvårdats inom BUP ökar tydligt. Utvecklingen ser ungefär liknande ut på samtliga verksamheter som bedriver heldygnsvård. De diagnoser som är mest förekommande är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, depressiva episoder, genomgripande utvecklingsstörningar och ätstörningar.

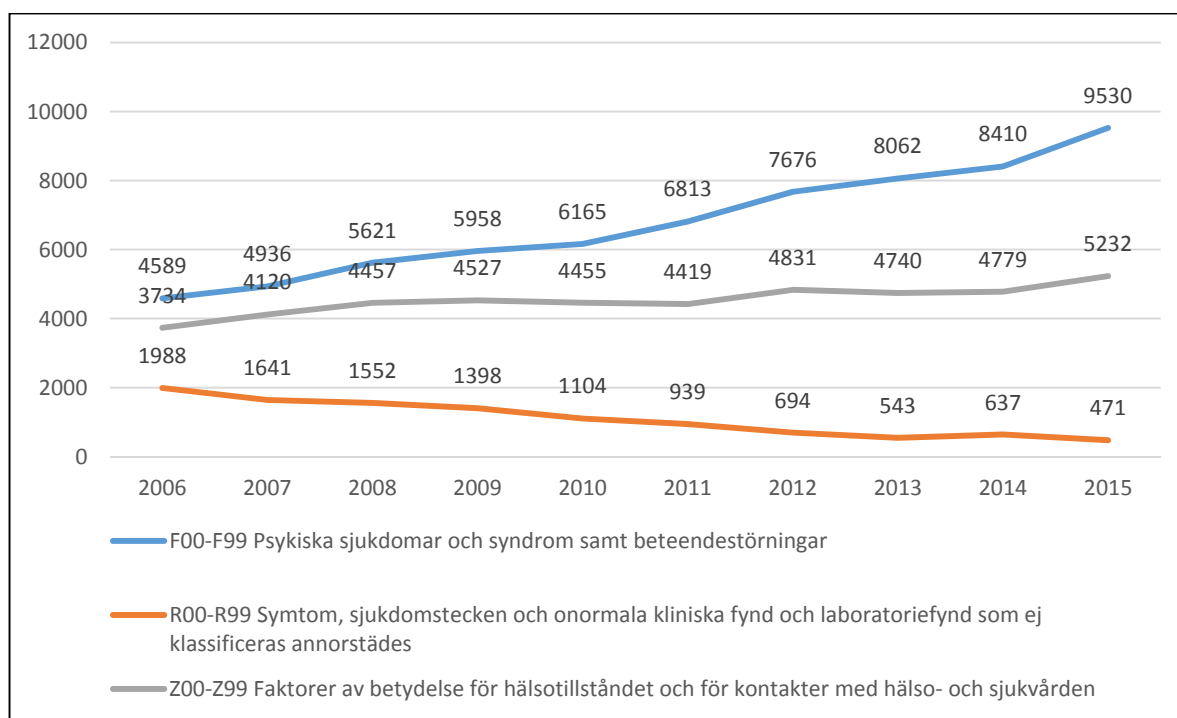


Diagrammet visar antal individer som tvångsvårdats/år. Grön linje visar utvecklingen inom regionen som helhet. KS ingår i SUs heldygnsvård.

Åtgärder som förekommer inom tvångsvården är fastspänning, avskiljning och läkemedelstillförsel under fasthållande eller fastspänning. Enligt lagstiftning ska uppföljande samtal ske efter användande av tvångsåtgärd ske men registrering i våra system är bristfälliga.

Diagnospanorama

Diagnossättningen inom barn- och ungdomspsykiatri sedan 2006 speglar arbetet med att öka antalet F-diagnoser baserade på evidensbaserade kriterier för psykiatriska tillstånd. Diagrammet visar en tydlig ökning av F-diagnoser och en minskning av R-diagnoser som anger att individen har kontakt med BUP utan vidare specifikation samt Z-diagnoser som anger att utredning pågår och anger psykosociala problem.



Diagrammet visar utvecklingen av huvuddiagnoskodning inom BUP.

Diagnoser och diagnostik

För att minska gapet mellan evidensbaserade insatser och klinisk praxis ingår som en central del i utvecklingsplanen att ta fram regionala medicinska riktlinjer (RMR) för de största och viktigaste diagnoserna. Här ges en kortfattad beskrivning av diagnoserna och en redovisning av förväntad förekomst (prevalens¹⁹) bland barn och unga enligt epidemiologiska studier och det faktiska antalet barn och unga som fått diagnosen enligt regionens patientdatabas VEGA. Statistiken ger en indikation på hur väl BUP är på att göra differentialdiagnostiska bedömningar, d.v.s. att utifrån barnets eller tonåringens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation avgöra vilken eller vilka diagnostiska beteckningar som passar bäst.

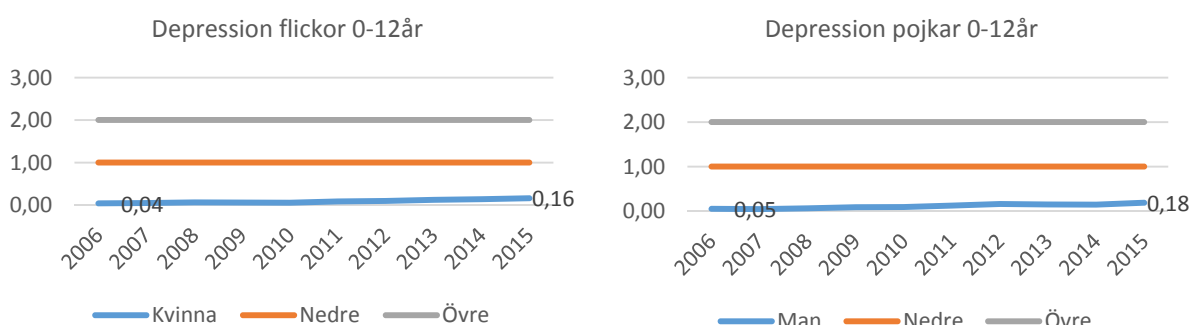
Depression

Depression påverkar känslor, kognitiva och kroppsliga funktioner och ger nedsatt funktionsförmåga. För tonåringar är depression allvarligt eftersom det depressiva känsloläget sätter ner förmågan att klara skolarbete och sociala relationer, leder till skuldkänslor och en tre gånger så hög suicidrisk jämfört med normalpopulationen. Obehandlade depressioner leder oftast till långa sjukdomsepisoder och ökar risken för återinsjuknande. Symtombilden är ofta blandad med inslag av ångest, ibland tvång, ätstörning och/eller missbruk av alkohol eller droger.

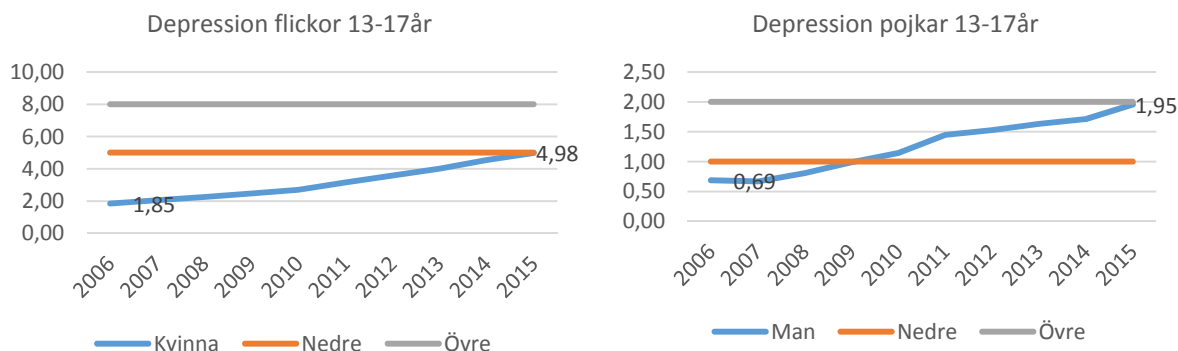
Prevalens

Förväntad prevalens för depression är 1-2 % hos barn före puberteten oavsett kön. Efter puberteten ökar prevalensen till 5-8 % med 3-4 gångers övertikt för flickor. VEGA-statistiken visar värden klart under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, för tonårsflickor vid den nedre delen av prevalensintervallet och för tonårspojkar enligt förväntad prevalens.

Statistik för Västra Götalandsregionen



¹⁹ Prevalens anger den andel individer i en population som har en given sjukdom eller tillstånd. Kan anges som punktprevalens, d.v.s. vid en viss tidpunkt, eller inom ett visst intervall.



Diagrammen visar förekomst av diagnosen depression i olika åldrar och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränserna. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

Suicidalitet

Antalet suicid i Sverige har minskat kontinuerligt sedan 1980-talets början, utom för den yngsta åldersgruppen upp till 17 år. Det finns en mycket stark koppling mellan psykisk ohälsa och suicid, oftast är det frågan om depression. VGR har en nollvision för suicid.

Prevalens

Varje år tar ca 30-40 svenska ungdomar i åldrarna 15-19 år sina liv. I flera enkätundersökningar uppger 7-8 % av flickorna och 3-4 % av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv.

Statistik för Västra Götalandsregionen

I VGR sker i genomsnitt 8-9 självmord per år i åldersgruppen 15-19 år. Det står i proportion till riket som helhet.

Ångestsyndrom

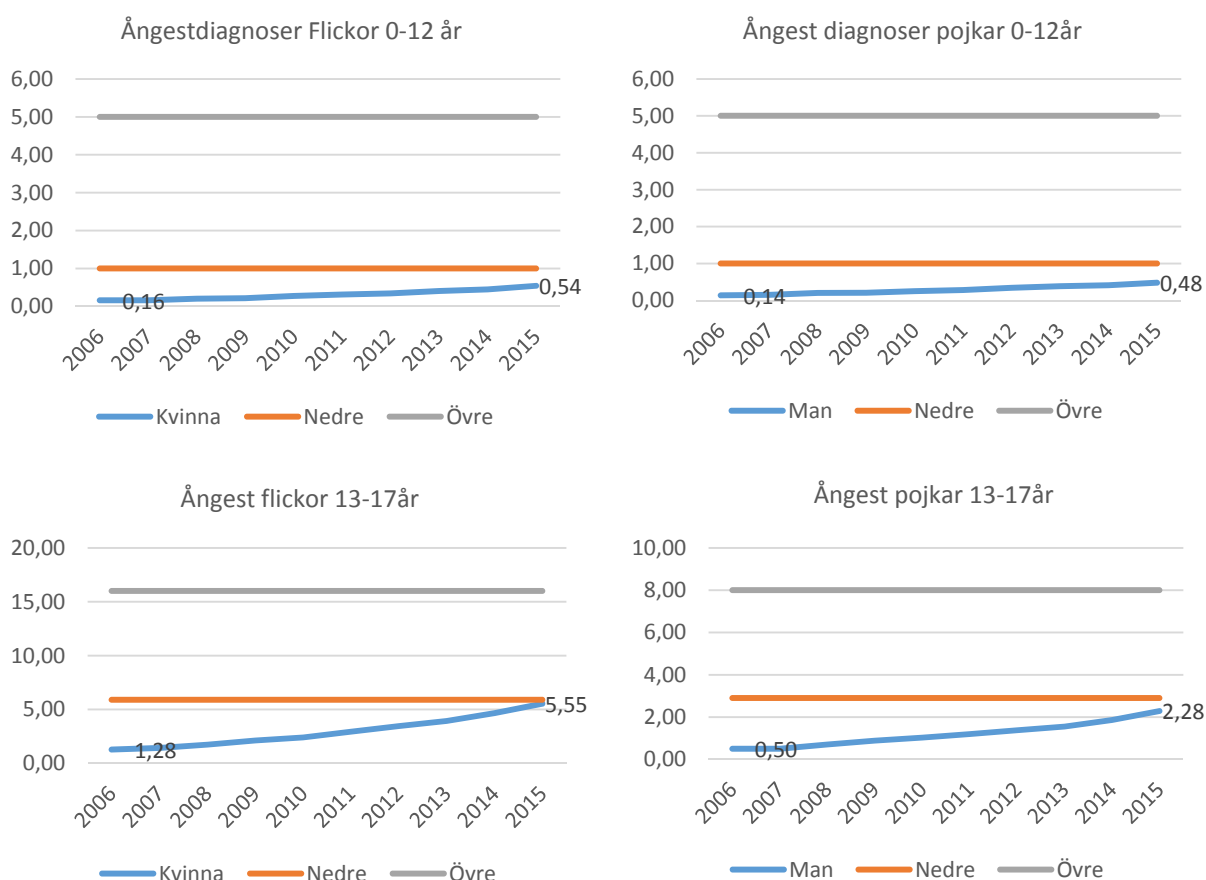
Oro, ängslan, rädsla och ångest är vanligt hos barn och ungdom och har en adaptiv funktion i utvecklingen. När ett flertal symtom på ångest föreligger samtidigt och med sådan varaktighet och intensitet att det medför funktionsnedsättning i den unges vardag så betecknas tillståndet som "ångestsyndrom". Ångeststörning är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden bland barn och ungdomar men ofta utan att uppmärksammas eller behandlas. Ångest förekommer ofta i samband med andra psykiska störningar och är mycket vanligt vid depression hos tonåringar.

Separationsångest innebär rädsla att vara ifrån nära anhöriga och leder till svårigheter att lämna hemmet utan en förälder. *Selektiv mutism* kännetecknas av att den unge är stum i sociala sammanhang där hen förväntas tala. *Specifik fobi* innebär rädsla för specifika objekt eller situationer. *Social ångestfobi* innebär att sociala situationer leder till ångest och leder ofta till ett betydande undvikande beteende. *Generaliserat ångestsyndrom* karaktäriseras av oro och förväntansångest för en rad olika saker och händelser och ger en betydande vardagspåverkan.

Prevalens

Förväntad prevalens för ångeststörningar är 1-5 % för barn upp till 12 år. För tonårsflickor 6-16 % och för tonårspojkar 3-8 %. VEGA-statistiken visar värden klart under förväntad prevalens för barn 0-12 år och för tonåringar oavsett kön strax under det nedre gränsvärdet för förväntad prevalens.

Statistik för Västra Götalandsregionen



Diagrammen visar förekomst av diagnosen ångestsyndrom i tonåren och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränser. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

Tvångssyndrom (OCD²⁰)

Tvångssyndrom och relaterade syndrom är funktions- och livskvalitetsbegränsande tillstånd där individen besvärar av tvångstankar och eller tvångshandlingar. Tvångstankar är påträngande ofrivilliga tankar, bilder eller impulser som väcker obehag. Tvångshandlingar är viljestyrda beteenden som utförs för att minska det känslomässiga obehaget, för att neutralisera tvångstankarna eller förhindra att en katastrof inträffar. Ibland beskrivs tvångshandlingarna som ritualer och utförs då på ett särskilt sätt. Det är vanligt att den unge skäms över sina tvång och döljer dem för omgivningen. Tvångstankarna och tvångshandlingar är ofta tidskrävande och plågsamma och påverkar funktionsförmågan negativt. Förekommer med hög samsjuklighet med andra psykiska tillstånd.

Dysmorfofobi kännetecknas av överdriven fixering vid inbillade brister i utseendet. *Samlarsyndrom* av överdrivet samlande. *Trichotillomani* av ritualiserat ryckande av hår och *dermatillomani* av upprepat överdrivet pillande/rivande på huden.

Prevalens

Förväntad prevalens för tvångssyndrom är 1-2 % hos barn och ungdomar oavsett kön.

²⁰ OCD (Obsessive Compulsive Disorder)

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistiken visar på ca 0,2 % för åldersspannet 0-17 år, vilket är klart under förväntad prevalens.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

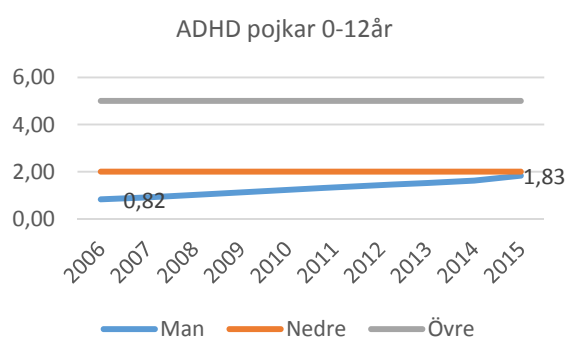
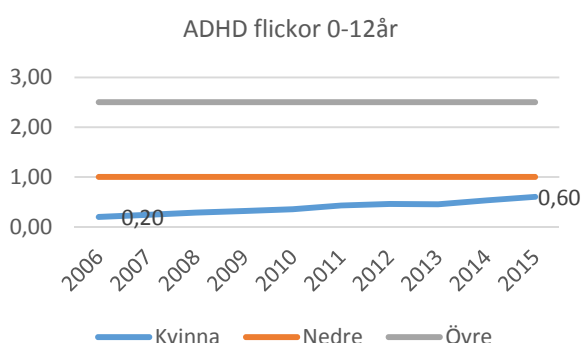
ADHD är en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse som yttrar sig genom bristande förmåga att reglera och anpassa uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet. Detta kommer till uttryck i flera olika miljöer och påverkar den unges sätt att fungera i vardagen. Kärnsymtomen för ADHD innefattar koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och impulsivitet. Brister i exekutiva funktioner som organisering, planering och flexibilitet är ofta förknippade problem liksom samspelssvårigheter, problem i kamratkontakter och sömnsvårigheter. ADHD kännetecknas av hög samsjuklighet och problembilden är vanligen komplex och det kan vara svårt att avgöra hur symtom samvarierar. Överaktivitet och impulsivitet avtar ofta med stigande ålder medan andra svårigheter som uppmärksamhetsproblem och inlärningssvårigheter kvarstår. Om personen dessutom uppvisar ett antisocialt beteende präglad av uppförandeproblem och trots ökar risken för sociala misslyckanden och svåra psykosociala förhållanden. Förutom psykiatrisk samsjuklighet är risken för att utveckla missbruk avsevärt förhöjd.

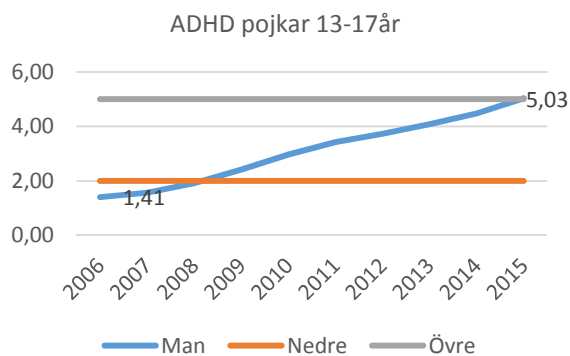
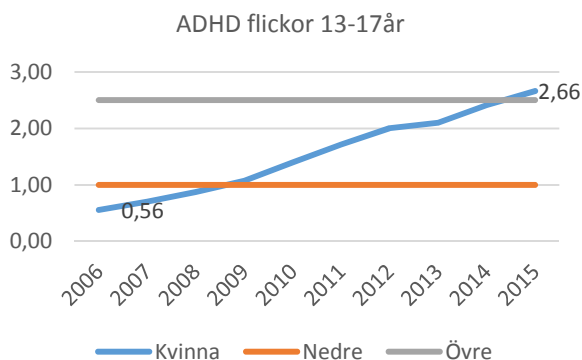
ADHD hos flickor uppmärksammas ofta senare än hos pojkar och symtombilden kan skilja sig åt genom att pojkar ofta har mer utåtriktade problem och flickor tenderar att vara mer inåtvända. Flickor drabbas ofta av emotionell instabilitet med ångest och depression som komplikation.

Prevalens

Förväntad prevalens för ADHD bland barn och ungdomar hos 2-5 % och är ca 2 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. VEGA-statistiken visar på en blandad bild med värden under förväntad prevalens för flickor 0-12 år, omedelbart under förväntad prevalens för pojkar 0-12 år, något över förväntad prevalens för tonårsflickor och vid övre gränsvärdet för prevalens för tonårspojkar.

Statistik för Västra Götalandsregionen





Diagrammen visar förekomst av diagnosen ADHD i olika åldrar och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränser. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

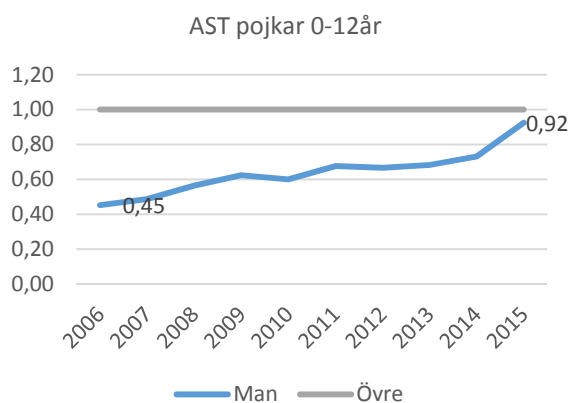
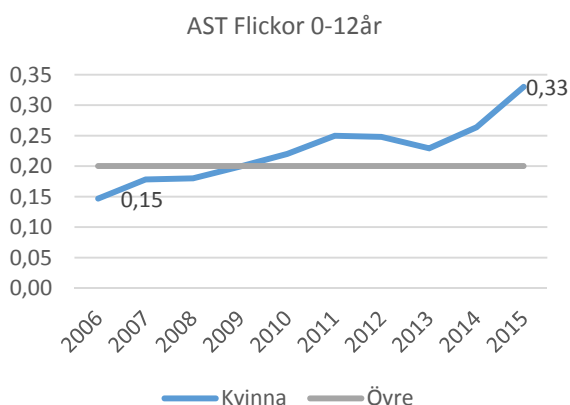
Autismspektrumtillstånd (AST)

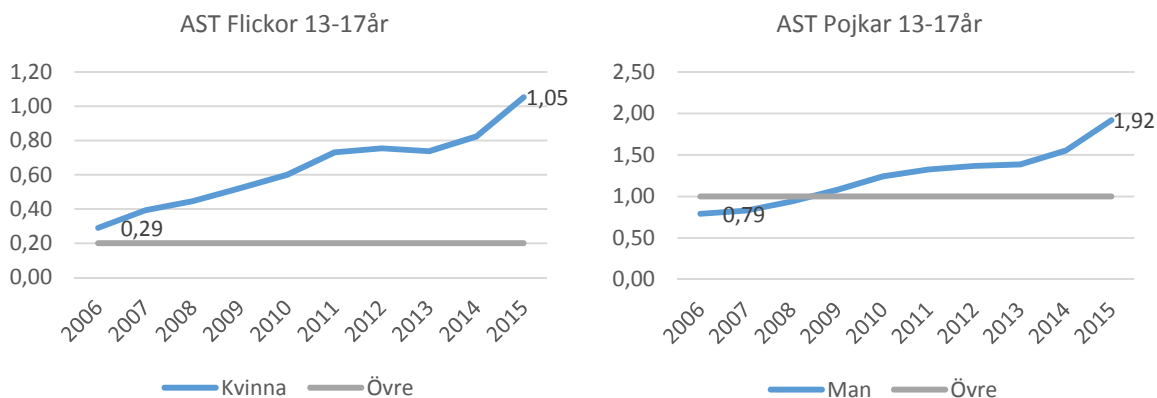
Autismspektrumtillstånd (AST) är en samlande diagnostik för utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som yttrar sig genom bristande förmåga och avvikande beteende inom kommunikation och interaktion, begränsade, repetitiva, stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter i förhållande till barnets ålder, utvecklingsnivå och psykosociala miljö. Insatser riktade till föräldrar och anpassning av miljön ger barnet bättre möjlighet att fungera i vardagen och minskar psykiska symtom p.g.a. funktionsnedsättningen.

Prevalens

Förväntad prevalens för AST hos barn i skolbarn är 1-1,2 % och fem gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. VEGA-statistik visar värden över förväntad prevalens hos flickor 0-12 år, för pojkar 0-12 år strax under förväntad prevalens, för tonårsflickor och tonårspojkar klart över förväntad prevalens.

Statistik för Västra Götalandsregionen





Diagrammen visar förekomst av diagnosen AST i olika åldrar och för resp. kön. Grå linje markerar övre gräns för prevalens. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

Självskadebeteende

Självskadebeteende är inte en egen diagnos men beteendet förekommer vid flera olika psykiatriska tillstånd såsom t.ex. ångest, depression, ADHD, AST och bipolär sjukdom. Självskadebeteende görs inte primärt i suicidavsikt men ett etablerat självskadebeteende är kopplat till en kraftigt ökad risk för suicid. Oftast sker självskadebeteendet impulsivt och har en känsloreglerande funktion. Det finns stor risk att det eskalerar och utvecklas till ett vanemässigt mönster eftersom det för många ger en omgående och effektiv ångestlindring. Det finns en nära koppling mellan självskadebeteende i form av självförvållade skador på huden genom att t.ex. skära, bränna, slå eller rispa sig och andra självdestruktiva beteende t.ex. överdosering av läkemedel, ätstörning, sexuell självexploatering samt missbruk av alkohol och droger.

Prevalens

Självskadebeteende är vanligast hos ungdomar och unga vuxna. Debutålder anges vara någonstans mellan 12-14 år. Förväntad prevalens för flickor är ca 13,5 % och ca 4,3 % för pojkar. Nyligen har svenska undersökningar genomförts av självskadebeteende hos ungdomar i högstadiet och gymnasiet. Cirka 40 % svarar att de vid åtminstone ett tillfälle avsiktligt skadat sig under det senaste året, däremot är det en betydligt mindre grupp, cirka 8 %, som utvecklar ett etablerat självskadebeteende.

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistiken är ofullständig och otillförlitlig på grund av dels bristande kodningsrutiner och dels för att patienterna omhändertogs av andra specialiteter inom vården t.ex. inom kirurgin.

Trauma- och stressrelaterade tillstånd

PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) är en följd av att ett barn eller ungdom utsatts för, bevittnat eller underrättats om faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld. Majoriteten av individer som upplevt traumatiska händelser utvecklar inte PTSD och det finns inget enkelt samband mellan den traumatiska händelsens allvar och utveckling av PTSD. Biologiska, psykologiska och sociala riskfaktorer spelar stor roll för om den akuta krisreaktionen övergår till ett posttraumatiskt tillstånd. Trauma som tillfogats av anknytningspersoner, ex. allvarlig omsorgssvikt och försummelse, psykisk eller fysisk misshandel, särskiljs diagnostiskt från andra trauman.

Symtom vid PTSD är påträngande återupplevelser om t.ex. mardrömmar, flashbacks och minnesbilder, undvikande av företeelser som påminner om den traumatiska händelser, negativa kognitiva förändringar,

t.ex. negativ uppfattning om sig själv och omvärlden, skuld känslor och ihållande rädsla, irritabilitet, självdestruktivitet och lättskrämdhet.

Prevalens

Livstidsprevalensen av PTSD uppskattas vanligen till ca 1-10 %. Punktprevalens bland ungdomar beräknas till ca 0,5-1 % och dubbelt så vanlig hos flickor som hos pojkar.

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistik visar att 0,4 % flickor och 0,3 % pojkar fått diagnosen, vilket är under förväntad prevalens, särskilt för flickor.

Bipolära och relaterade syndrom hos barn och unga

Eftersom en RMR är under utarbetning redovisas enbart prevalens och faktiskt antal diagnoser enligt VEGA.

Prevalens

Prevalensen för bipolära tillstånd hos barn och unga uppskattas till mellan 1,1 % -3 % och är betydligt vanligare bland tonåringar än hos barn. Det föreligger ingen säker könsskillnad enligt epidemiologiska studier, men fler flickor än pojkar söker hjälp.

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistik visar en ökning från år 2005 till 2015 från 0,01 % till 0,03 % för pojkar och från 0,02 % till 0,04 % för flickor, vilket är klart under förväntad prevalens.

Schizofrenispektrumssyndrom, andra psykosor samt katatoni hos barn och unga

Eftersom en RMR är under utarbetning redovisas enbart prevalens och faktiskt antal diagnoser enligt VEGA.

Prevalens

Psykotiska tillstånd är extremt sällsynt hos barn, men ökar succesivt under tonåren. Förväntad prevalens för schizofreni hos tonåringar är 0,4 % och är ungefär lika vanligt bland pojkar som hos flickor.

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistik för schizofreni hos ungdomar 12-17 år visar för 2005 0,03 % och för 2015 0,02 %, vilket är klart under förväntad prevalens.

Ätstörning

Ätstörningstillstånd kan kännetecknas av patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsuppfattning och negativ självbild - självkänslan är starkt kopplad till kroppens vikt och form. Negativ upplevelse av kroppen och störd kroppsuppfattning spelar stor roll vid ätstörningar. Det är ett allvarligt tillstånd med livshotande fysiska och psykologiska komplikationer som ofta kommer till följd av kräkningar, laxermedelsanvändning och svältens effekter på kroppen som t.ex. menstruationsbortfall hos kvinnor, somatiska symtom så som generell avmagring, långsam eller oregelbunden hjärtrytm, onormalt lågt blodtryck, nedsatt hudtemperatur med kalla händer/fötter och torr och sprucken hud med infekterade sår. Personer med *bulimia nervosa* hetsäter i avgränsade tidsperioder.

Ofta debuterar ätstörningar i tonåren och är betydligt vanligare hos tjejer än hos killar. Nio av tio som utvecklar *anorexia nervosa* är unga kvinnor. Det finns många orsaker till tillståndet, förloppet kan ibland gå väldigt snabbt och det är viktigt att ha kännedom om tidiga tecken. Tidig upptäckt och tidigt insatt behandling minskar risken för långdraget sjukdomsförlopp och dödlighet.

Prevalens

Förväntad prevalens för ätstörningar hos tonåringar 13-18 år är ca 2,7 % och är ca 5 gånger vanligare bland flickor

Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistik visar att ätstörningar hos ungdomar 13-17 år, har ökat från 0,5 % 2005, till 1 % 2015 och att över 10 gånger fler flickor än pojkar får en ätstörningsdiagnos, vilket är under förväntad prevalens.

Regionala medicinska riktlinjer

I den förra utvecklingsplanen fanns målsättning att ta fram s.k. vårdprogram för de fem vanligaste diagnoserna. Två vårdprogram togs fram, ADHD och ätstörning. Idag kallas vårdprogram regionala medicinska riktlinjer men syftet är detsamma - att ge vägledning för kliniskt arbete och att bidra till jämlika insatser över regionen. Uppdraget med nuvarande handlingsplan har resulterat i intensivt arbete med att ta fram fler riktlinjer för flera diagnoser. Ytterligare fler riktlinjer kommer att bli aktuella framöver ex. riktlinjer för bedömning och behandling av ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik.

De riktlinjer som är under pågående framtagande är: ADHD (revidering), tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom, ångestsyndrom, självskadebeteende, autismspektrumstörning (AST), trauma- och stressrelaterade tillstånd, depression, samt suicidriskbedömning. Utöver dessa åtta riktlinjer har dessutom ett riktlinjearbete startat för bipolär sjukdom och för schizofrenispektrumssyndrom inklusive andra psykoser och katatoni hos barn och unga.

Omvärldsbevakning

Forskning

Systematisk patientnära/verksamhetsnära forskning och utveckling är av stor betydelse för att kunna erbjuda patienterna nya utrednings och behandlingsmetoder. Patientnyttan ska vara vägledande och genus- och jämställdhetsaspekter ska tillgodoses i allt forsknings- och utvecklingsarbete. Inom den kliniska verksamheten kan personer med forskningserfarenhet göra viktiga bidrag genom undervisning, handledning, och utformning och genomförande av nya FoU projekt.

Den barn- och ungdomspsykiatriska forskningen är i hög grad koncentrerad och till enheten för barnneuropsykiatri (BNK) inom område Neurologi, Psykiatri och Habilitering (SU) som har en stark länk till Gillbergcentrum inom Sahlgrenska Akademin. Forskning och utvecklingsprojekt är huvudsakligen inriktade på neuropsykiatri och utvecklingsneurologi.

Inom regionen kan flera åtgärder vidtas inom området för att nå önskat läge om:

- en starkare länk mellan Sahlgrenska Akademin och BUP
- fler BUP- verksamheter är involverade i klinisk forskning.
- den kliniska forskningen omfattar fler patient/diagnosgrupper

Förslag på åtgärder

I samverkan med Sahlgrenska Akademin:

- Utveckla en långsiktig plan för rekrytering av forskningsintresserade kliniskt verksamma medarbetare
- Utveckla en karriärstege för klinisk verksamma medarbetare med forskningsintresse
- Inrätta fler kliniska lärartjänster/handledare inom barn- och ungdomspsykiatri
- Stödja inrättandet av för Nationella forskarskolor i barn- och ungdomspsykiatri.
- Öka möjligheten att kombinera kliniskt arbete med forskning efter disputation
- Understödja kliniska samarbetsprojekt inom regionen och nationellt
- Följa antal pågående forsknings och utvecklingsprojekt per BUP-verksamhet
- Följa antal doktorander inom BUP
- Följa antal medarbetare inom BUP som disputerat

Kraftsamling för fullföljda studier – ett uppdrag för VGR²¹

Uppdraget "Kraftsamling för fullföljda studier" innebär att samordna regionens arbete och leda den övergripande processen samt att identifiera och föreslå regiongemensamma åtgärder med positiv påverkan på fullföljda studier. Det är en del av Västra Götalandsregionens arbete inom budgetens fokusområde att bryta utanförskap och segregation och stärkt koppling mellan utbildning och arbetsliv. Arbetet utgår från de prioriterade målen i VG 2020 om att öka antalet ungdomar med fullföljd grundskola och gymnasieutbildning och folkhälsokommitténs uppdrag utifrån "Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa".

Fullföljda studier är vid första anblick till stor del en fråga för kommunen som huvudman och skolan med fokus på förekomst av utbildade pedagoger, gruppsammansättningar och undervisningsmetoder. Ur ett

²¹ Jörgen Hansson, Koncernstab Regional utveckling, avdelning Folkhälsa

bredare perspektiv är däremot fullföljda studier en fråga som berör samhället i allmänhet och många av regionens egna verksamheter i synnerhet.

Barn- och ungdomspsykiatri kan bidra till måloppfyllnad genom att upprätthålla hög tillgänglighet för de barn och ungdomar som behöver specialistpsykiatri resurser och för att ingen ska behöva vänta. BUP ska bidra med kvalificerade utredningar och diagnostik, kvalificerad behandling och god samverkan. Vad gäller metodutveckling bör metoder utvecklas för de barn och unga som av något skäl inte tar sig till skolan, s.k. hemmasittare, vilket många gånger har sin grund i psykiatrisk ohälsa/diagnos såsom social fobi, ångest eller depression.

Regionuppdrag nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen utkom i april 2015 med reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende vilka första gången utkom 2007. Riktlinjerna riktar sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom området. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

I den statliga översynen av missbruks- och beroendevården i Sverige, den s.k. missbruksutredningen konstaterades att riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel är vanligt förekommande. Riskbruk, missbruk och beroende återfinns i alla åldersgrupper och inom alla specialiteter i hälso- och sjukvården.

I regionuppdraget ingår att analysera hur dagens verksamheter förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna och ta fram ett beslutsunderlag för ett samlat arbete kring implementeringen av de reviderade nationella riktlinjerna. Syftet är också att utjämna inomregionala skillnader i vård- och behandlingsutbudet och öka förutsättningarna för jämlik vård.

Barn- och ungdomspsykiatri omfattas av riktlinjerna och kommer att inkluderas i kommande utbildningssatsningar och ansvarsfördelningsdokument. Genomförd analys visar på stora utbildningsbehov inom alla områden - identifikation, diagnosticering och behandling – för BUPs vidkommande.

Utfasning av hyrläkare inom psykiatri

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2013 ett hyrläkarstopp för vuxenpsykiatri. Anledningen var att regionen under lång tid haft många hyrläkare eftersom det var svårt att få fast anställda psykiater. Detta leder emellertid till kvalitetsbrister, brist i kontinuitet och svårigheter i utvecklingsarbete. Resultatet av stoppet har blivit fler fastanställda läkare men på alla kliniker i regionen är det brist på psykiater, och en del verksamheter har fått dispens från stoppet. För att lyckas krävs planering, strategi och flera åtgärder som t.ex. högre löner och möjlighet till extra fortbildning, rekrytering av läkare utomlands, god arbetsmiljö och omfördelning av arbetsuppgifter. En annan åtgärd har varit fler ST-block. Målsättningen är att även barn- och ungdomspsykiatri BUP ansluter i september 2017.

Frågan om bemanning har också varit en viktig del av SKLs utvecklingsarbete och i mars 2015 beslutade SKLs nätverk för styrning och ledning av psykiatri tillsammans med nationella psykiatrisamordnaren att starta ett arbete för "Bättre läkarbemanning i psykiatri – oberoende av hyrläkare". Målet är att ta fram en nationell modell med rekommendationer om åtgärder för att förbättra läkarbemanningen och för utfasning av hyrläkare. Den främsta anledningen är en bättre patientsäkerhet och vårdkvalitet eftersom just psykiatri är en av de specialiteter där man är mest beroende av kontinuitet och att man får bra kontakt med en och samma läkare.

Träning ger färdighet, SOU 2015:98

Måns Rosén, regeringens särskilde utredare, har lämnat sitt betänkande kring utredningen om högspecialiserad vård²². Utgångspunkter för utredningen om högspecialiserad vård var att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienter ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Patienter har rätt till en högspecialiserad vård av hög kvalitet oberoende av var personen bor. Patientens bästa är utgångspunkten. Utredningen ser inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och regionala, och för all del nationella, enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket av vården ges lokalt nära hemmet. Utredningen har främst koncentrerats på kirurgi men inget talar för att sambandet mellan volym och erfarenhet inte gäller för diagnostik, medicinska och psykiatriska åtgärder eller rehabilitering.

Utvecklingen går långsamt trots att det finns konsensus på generell nivå om fördelarna med och behovet av en mer omfattande nivåstrukturering. Utredningen framför följande skäl till varför den högspecialiserade vården behöver nivåstruktureras ytterligare:

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolym per vårdenhet och per behandlare.
- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten. Detta förutsätter högre patientvolym än vad som är möjlig utifrån dagens organisation.
- Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolym. Det behövs en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal och forskningskompetenser för att skapa en stimulerade forskningsmiljö, vilket inte alltid finns på sjukhus med mindre volymer.

Effektiv vård, SOU 2016:2

Göran Stiernstedt, regeringens särskilde utredare, har lämnat sitt betänkande kring utredningen för ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården²³. Utredningens utgångspunkt har varit att värdet uppstår i mötet mellan patienten och hälso- och sjukvården, d.v.s. i själva interaktionen. En förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än idag. Även om svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl idag föreslår utredningen ett antal förslag för att bättre anpassa sig till framtidens utmaningar som demografi, urbanisering, hälsoskillnader hos befolkning, för att utjämna regionala skillnader och för att vården måste förmå att attrahera och behålla personal med rätt kompetens.

Utredningen konstaterar att det krävs en lång rad strategiska åtgärder för att åtgärda strukturella problem. Utredningen lägger ett antal förslag på nationell nivå ex. samordning och styrning av högspecialiserad vård, åtgärder för att tillgodosebehov av allmänläkare och specialistsjuksköterskor samt en förstärkning av primärvården. Nyckelord är integration, kontinuitet och koordination. Vidare konstateras att den som är bäst lämpad att utföra en arbetsuppgift ska göra den, d.v.s. en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägsta sammantagna kostnaden med bibehållen eller ökad kvalitet. Den administrativa bördan behöver minska och digitaliseringstakten öka. Ersättningssystem och uppdragsbeskrivningar anses också försvårande och alltför detaljstyrda och behöver förändras. Utredningens slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist sällan är problemet när det gäller att effektivisera, men grunden är den nära vården, nära befolkningen.

²² SOU 2015:98 "Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa"

²³ SOU 2016:2 "Effektiv vård"

Analys

Sedan 2007 har ett kontinuerligt utvecklings- och genomförandearbete pågått. Den nya utvecklingsplanen beskriver resultatet av detta och behovet av fortsatta utvecklingssatsningar för att nå önskvärt läge inom gamla och nya viktiga utvecklingsområden. Ett omfattande arbete med att utveckla medicinska riktlinjer för vården inom viktiga diagnosområden inleddes i samband med uppdraget att revidera utvecklingsplanen. Såväl riktlinjerna som utvecklingsplanen har fokus på barn- och ungdomspsykiatriens utvecklingsbehov som specialiserad verksamhet och för att skapa ett mer jämlikt utbud med tillgång till ett brett spektrum av högkvalitativa insatser över hela länet, med målet att använda de gemensamma resurserna effektivt. Detta förutsätter en fungerande första linjes vård för psykisk ohälsa hos barn och unga.

Konsekvensanalys av åtta regionala medicinska riktlinjer – regional sammanfattning

Utifrån arbetet med att ta fram regionala medicinska riktlinjer för åtta diagnosområden har varje verksamhetschef gjort konsekvensanalys utifrån respektive klinik. En sammanfattning utifrån det regionala perspektivet ger vid handen att det blir tydligt att BUP går mot en mer specialiserad vård med ett stort spektrum av insatser. Flera av riktlinjerna innebär ett större åtagande för BUP såväl kvalitativt som kvantitativt. Det gäller t.ex. både inom behandlingssidan då det på senare år vuxit fram fler evidensbaserade, specialiserade behandlingsinterventioner men också för att det också krävs uppföljningsinsatser för fler patientgrupper än tidigare för att säkerställa behandlingen. Detta får också påverkan för vuxenpsykiatrien eftersom flera patientgrupper behöver fortsatt behandling och uppföljning efter 18 års ålder.

Regionens regionala medicinska riktlinjer är viktiga dokument att tillställa nuvarande upphandlade enheter som i gällande avtal har att förhålla sig till gällande RMR. Riktlinjerna är också en kvalitetsbas att utgå från vid framtida upphandlingar eller förnyade avrop inom gällande avtal. Då det tidigare saknats riktlinjer för flera diagnosområden har det saknats förutsättningar att vid upphandlingar lägga en regiongemensam "ribba" för vad åtagandet innebär. Även riktlinjer kring ansvarsfördelning och konsultation mellan vårdgivare är viktiga dokument för att förtydliga ansvar för insatser.

Utifrån patientsäkerhetsperspektivet ses små enheter som en fara klara att upprätthålla kvalitet, kompetens och också möjliggöra rekrytering. Små enheter innebär också en större sårbarhet. För att minska sårbarheten och säkra tillgång till evidensbaserade metoder, kvalitet och god vård för patienten krävs större mottagningar. Enheterna måste ha både tillräckligt patientunderlag och personalvolym.

Införande av riktlinjerna kommer att kräva stora insatser på utbildningssidan och metodutveckling för att kunna erbjuda det stora spektrum av evidensbaserade behandlingsinsatser som nu finns tillgängliga och även gruppbehandling. Utvecklingsinsatser och utbildningsinsatser måste komma all regionalt finansierad barn- och ungdomspsykiatrisk vård tillgodo, d.v.s. även upphandlade enheter och mottagningar.

Utbildningsbehoven är av karaktär som delvis redan utförts men eftersom den stora omsättningen av personal krävs ständig påfyllnad ex. inom föräldraträningssatser, gruppbehandlingar och KBT²⁴. Förutom stora utbildningsbehov av befintlig personal så behövs också förstärkning av personal, d.v.s. en grundbemanning tillräckligt stor för att möjliggöra behovet av ständig kompetensutveckling. Vidare behöver utbildningsinsatser följas av implementeringsinsatser och uppföljning.

²⁴ Kognitiv beteendeterapi

Det finns även behov av fler yrkeskategorier som t.ex. arbetsterapeuter för att kunna göra kognitiva funktionsbedömningar och bedöma behov av hjälpmedel. Tillgången till andra yrkeskategorier såsom fysioterapeuter, logopedier och dietister behöver också tillgodoses.

Det finns idag tre regionala enheter inom subspecialiteterna missbruk/beroende (från 16 år), ätstörning och Lundströmmottagningen för personer med könsdysfori. Inom området bipolära syndrom och personer med psykossjukdom kommer en regional enhet att behöva tillskapas.

Vad gäller området PTSD/trauma så kan det anta att den utökade befolkningen framförallt från andra länder, flyktingbarn och andelen ensamkommande barn kommer att kräva behov av mer insatser från BUP än hittills.

Utveckling av öppenvården

Tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa är viktiga för att förhindra en för individen ogynnsam utveckling. Ju tidigare vården kan erbjuda insatser desto mindre risk för ökade symtom och funktionsnedsättning. Primärvården och andra aktörer ex. inom skola och socialtjänst är viktiga aktörer för både identifikation och tidiga insatser. Tillgänglighet till första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa är också central för att BUP ska klara sitt uppdrag för de barn och unga som kräver specialistpsykiatriinsatser. Det är också nödvändigt för att BUP ska klara uppdraget att utvecklas som specialistvårdgivare enligt de insatser som krävs i kommande medicinska riktlinjer.

Tillgängligheten till BUPs verksamhet brister både vad gäller första besök och därefter till fördjupad utredning och/eller behandling. Enskilda verksamheter klarar gränserna medan andra brottas med stora problem vilket har lett till en ojämlig situation för länets invånare. Personalomsättning och svårighet att rekrytera personal såsom läkare och psykologer är delvis en förklaring och dessa svårigheter är större i vissa geografiska områden som t.ex. Skaraborg, vilket då påverkar vårdgarantin negativt. Det finns underlag som tyder på en effektivisering av vården, t.ex. färre besök/patient, men då invånarnas behov samtidigt ökar och personalresurserna av olika skäl saknas så brister tillgängligheten likafullt. För att bättre kunna följa tillgänglighetsutvecklingen pågår ett arbete för att jämställa registreringsrutiner mellan verksamhetsområdena då det framkommit olikheter i registrering av besök.

En viktig fråga är BUPs organisation. Nationella utredningar pekar på en omställning i vården för att klara utmaningarna inom flera områden – patientsäkerhetsperspektivet, effektiv användning av gemensamma resurser samt utifrån kvalitetsbegreppet och att ge patienter god vård. Utredningarna visar att den framtida vårdstrukturen behöver gå mot färre och större mottagningar med inbyggd specialisering för att klara dessa utmaningar och klara de kvalitetskrav som ställs. Det innebär att det krävs ett tillräckligt patientunderlag för att säkerställa utredning och behandling av god kvalitet och för att kunna erbjuda ex. gruppbehandlingar. Men det krävs också för att klara arbetet med befintlig personalstruktur. Små enheter blir alltför sårbara, inte bara i redan svårrekryterade områden, utan för att det breda spektra av insatser kräver personal med kompetens inom många områden. Färre utbudspunkter, robusta mottagningar och personalförstärkning krävs för att minska sårbarheten, för att trygga patientsäkerheten samt utveckla den högspecialiserade barn- och ungdomspsykiatri. För att tillgodose närheten till barnets naturliga sammanhang i vardagen behövs fler flexibla, mobila lösningar byggas upp. Omstrukturering för att få större patientvolym är en högst relevant för BUP-verksamheterna, som organisatoriskt kännetecknas av många små öppenvårdsmottagningar. Detta ligger väl i linje med den omställningsprocess som pågår inom regionen, d.v.s. en koncentration av den specialiserade vården för de som behöver kvalificerad vård och mer flexibla lösningar för att kunna erbjuda fler individer den nära vården.

Förbättrad diagnostik

En av målsättningarna med utvecklingsplanen från 2007 var att utveckla det diagnostiska arbetet och öka antalet F-diagnoser, vilket betyder en diagnos satt utifrån evidensbaserade kriterier för barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. Statistik från VGR-databasen VEGA visar en tydlig ökning av F-diagnoser och en samtidig minskning av ospecifika diagnoser. Den förbättrade diagnossättningen gör det möjligt att jämföra förväntad prevalens för en diagnos med faktisk prevalens inom VGR.

För depression så ligger VGR klar under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, men för tonåringar någorlunda inom prevalensintervallet. VGR ligger klart under förväntad prevalens när det gäller ångestsyndrom, tvångssyndrom, bipolära syndrom och schizofreni och under förväntad prevalens för PTSD. VEGA-statistiken för ADHD och AST visar en annan bild. VGR ligger i övre gränssnittet för förväntad prevalens för ADHD hos tonårspojkar, och över förväntad prevalens för tonårsflickor. För AST ligger VGR över förväntad prevalens, särskilt för tonårsflickor. I genomsnitt begår 8-9 ungdomar i åldersgruppen 15-19 år suicid varje år.

Statistiken visar å ena sidan att BUP behöver bli bättre på att identifiera vanliga tillstånd som depression, ångest och tvång och PTSD såväl som mer ovanliga tillstånd som bipolära syndrom och schizofreni. Å andra sidan visar statistiken att fler än förväntat får en ADHD och/eller AST diagnos. Sammantaget understryker detta vikten av att BUP har en barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens med tillräcklig bredd och djup för att kunna göra differentialdiagnostiska bedömningar.

En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ska ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. På varje mottagning ska det finnas barn- och ungdomspsykiater, legitimerad psykolog, sjuksköterska socionom och sekreterare. Tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist ska tillgodoses för de barn och ungdomar som är i behov av sådana insatser.

Inom samtliga sjukhusområden finns rutiner som syftar till att säkerställa övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri inom det specifika sjukhusområdet. Dessa rutiner ser idag olika ut. Det kan också skilja sig åt vem som ansvarar för en person som befinner sig runt 18-årsgränsen. För att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare bör ett arbete inledas för att utveckla en rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP som är gemensam för hela regionen.

Utveckling av heldygnsvården

Inom ramen för uppdraget har också ingått att särskilt ange åtgärder för att nå Västra Götalandsregionens nollvision om fastspänning och avskiljning i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. En särskild grupp bestående av chefsöverläkarna från de fyra klinikerna har tillsammans utrett frågan och konstaterar att följande förutsättningar krävs:

1. Väl anpassade *lokaler och vårdmiljöer* i heldygnsvården.
2. Rätt *kompetens* hos personalen som vårdar patienter inom heldygnsvården
3. *Organisering av regionens heldygnsvård* för de fåtal patienter som är mest utagerande
4. *Alternativ till heldygnsvården* eller s.k. mellanvård såsom dagsjukvård och mobila team för att förhindra inläggning eller erbjuda en glidande övergång mellan öppen- och slutenvård.
5. En i övrigt *väl fungerande öppenvård* med utbud av behandlingsmetoder för den psykiatriska problematik som oftare än annan leder till tvångsåtgärder inom heldygnsvården.

Lokaler och vårdmiljö

Ett stort hinder för att erbjuda patienter en vårdmiljö som minimerar risken för att behöva använda tvångsåtgärder och nå nollvisionen är trånga och icke-ändamålsenliga lokaler. I en trång vårdmiljö kan en svårt ångestfylld och utagerande patient "smitta" andra. Nuvarande lokaler möjliggör inte alltid avskiljning (den lindrigaste formen av tvångsåtgärder) varför bältesläggning istället blir aktuellt. Det saknas tillgång till s.k. lugna rum, en förebyggande insats mot oro och ångest.

Nya byggnader och/eller lokaler planeras för samtliga utbudspunkter för BUPs heldygnsvård i regionen. Inom SÄS, NU och SkaS är planering, byggnation eller flytt redan påbörjad. Inom SU har pågått diskussioner om nya lokaler för BUP.

Kompetens

Det pågår sedan en tid tillbaka, med hjälp av den nationella satsningen på utveckling av "självskadenoder", utbildning av personal inom heldygnsvården i dialektisk beteendeterapeutiskt (DBT) förhållningssätt. Detta har medfört att personal börjar få bättre strategier att hantera patienter med hög grad av emotionell instabilitet och som led i detta ett farligt självskadebeteende eller beteende med upprepade självmordsförsök. Denna utbildningsinsats bör fortsätta och hållas vid liv även efter självskadenodernas avvecklande.

Regionen planerar för utbildning av all personal inom heldygnsvården i att kunna bemöta och hantera utagerande beteendestörningar till följd av utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser såsom autism och kognitiva funktionsnedsättningar²⁵.

Det finns också behov av utbildningsinsatser av personal inom heldygnsvården för att förstå, identifiera och hantera patienter som upplevt svåra trauman, och där patientens traumatisering av olika anledningar tar sig uttryck i ett våldsamt utagerande mot sig själv eller andra.

Organisering av heldygnsvård

Det är önskvärt att samtliga fyra sjukhusförvaltningar som idag bedriver heldygnsvård fortsätter med detta. Det är viktigt med bra samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, men också för att kunna vårda den unga nära hemmet. Att kunna erbjuda hela vårdkedjeprocessen är också nödvändigt för att kunna erbjuda ST-läkare och andra studerande en fullständig placering. Därutöver behöver en regional enhet för personer med särskilt höga vårdbehov p.g.a. utagerande beteende tillskapas, inom ramen för SU. Behovet av heldygnsvård kommer sannolikt inte att minska då behovet av vård ökar ex. inom gruppen barn på flykt med traumatiska erfarenheter.

Alternativ till heldygnsvård

Mellanvårdsformer är under uppstart eller planeras vid samtliga regionens BUP-kliniker. Det handlar t.ex. om dagvård och mobila team bl.a. för ätstörningspatienter och självskadepatienter. Även andra målgrupper kan komma ifråga för mellanvårdsformer. Mellanvårdsformer är viktiga alternativ till heldygnsvård för flera patientgrupper.

Väl fungerande öppenvård

Regionen behöver utveckla och utöka behandlingsmetoder i den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården som syftar till att minska risken för att patienter utvecklar utagerande beteendestörningar som

²⁵ S.k. lågaffektivt bemötande

kan leda till att låst heldygnsvård och tvångsåtgärder blir nödvändiga. Sådana behandlingsmetoder inkluderar:

- DBT och MBT för emotionell instabilitet och självskada
- Psykopedagogiska behandlingsmetoder för patienter och vårdnadshavare avseende utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser
- Traumabehandling för svårt traumatiserade patienter med eller utan psykiatrisk tilläggsproblematik
- Öka kunskap om, och utbudet av behandling av allvarliga och kroniska psykiska sjukdomar såsom bipolär sjukdom och psykoser.

Områden för fortsatt utveckling

Brukar- och närståendemedverkan

Det behövs en tydlig och välgrundad struktur för arbete med brukares inflytande och delaktighet. Inflytande över vårdens innehåll är en del, men att ta till vara brukares erfarenheter i verksamhetsutveckling och för uppföljning är en annan. För att uppnå en tydligare medverkan föreslås att ett utvecklingsarbete startar kring denna fråga. Bör samordnas regionalt i dialog med brukarorganisationer.

HBTQ

Transpersoners beskrivningar och upplevelser av sexuell hälsa präglas av normer och normativa förväntningar från omgivningen. Brist på respekt och bristande bemötande från yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är förekommande visar en intervjustudie från Folkhälsomyndigheten²⁶. Det finns behov av att öka kunskapen om hur normer och normativa förväntningar utgör hinder i ett bra bemötande. Närhälsans Kunskapscentrum för sexuell hälsa erbjuder en diplomeringsutbildning om hbtq-personers rättigheter i hälso- och sjukvården där syftet är att skapa en god vård och arbetsmiljö för hbtq-personer och att synliggöra heteronormativitet. I utbildningen ingår hbtq-kunskap, kännedom om hbtq-personers hälsosituation och rättigheter samt förståelse för att en medvetenhet om att heteronormativitet är en förutsättning för ett professionellt och gott bemötande.

Inom ramen för ett läns gemensamt arbete mellan VGR och länets 49 kommuner att ta fram en läns gemensam handlingsplan för psykisk hälsa har fokus riktats särskilt mot utsatta grupper som t.ex. HBTQ-personer, nationella minoriteter och personer med funktionsnedsättning. Viktigt i detta arbete blir att i samråd med företrädare för dessa grupper identifiera behov och hinder för ett gott omhändertagande inom vårdens och omsorgens alla delar samt för att förebygga psykisk ohälsa.

E-hälsa och digitalisering

Det är angeläget att hitta nya format för behandlingsinsatser och behovet av att bredda utbudet av insatser till patienter via internet och andra vägar är en angelägenhet även för BUP. Förutom att kunna erbjuda vissa behandlingsinsatser via nätet som t.ex. KBT-behandling via 1177 Vårdguiden, kan vården arbeta för att underlätta kontakter med patienterna på andra sätt än genom vanliga besök, t.ex. via Skype. En digitaliseringsutveckling ligger även den i linje med tidigare nämnd omställningsprocess av hälso- och sjukvården och vårdutbudet för att arbeta mer resurseffektivt, både för att kunna erbjuda individer fler digitala lösningar och genom att effektivisera vårdens egna system.

²⁶ "Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa", Folkhälsomyndigheten 2016

Tillgänglighet på 1177.se

Tillgänglighet kan användas som ett samlingsbegrepp för både tillgänglighet och användbarhet. Det kan bl.a. handla om fysisk tillgänglighet, om bra bemötande, om tid men också om information. Statliga överenskommelser inom området psykisk ohälsa har fram till 2015 inkluderat arbete för att förbättra landstingens tillgänglighet på nätet för barn och unga. I detta arbete har BUP identifierat ett antal förbättringsområden identifierats för att förbättra informationen på 1177.se/Västra Götaland. De förbättringsområden som identifierats är:

- Förbättrad, förenklad och tydlig hänvisningsinformation, framförallt vad som gäller efter kontorstid.
- Vätetidsdatabaser finns upplagd på hemsidan, men fler enheter behöver ansluta sig så att medborgare kan jämföra situationen i länet.
- Granskning visar på stora inomregionala skillnader i hur sjukhusens egna hemsidor presenterar information till barn och unga och deras anhöriga. Insatser krävs för att få informationen skriven på mer vardagligt sätt, ett mer enhetligt språkbruk samt tydlighet kring vem informationen riktar sig till, till den unge själv eller vuxna. Anpassning behöver göras av hemsidornas information kring kategorisering av material, bildval, layout texters innehåll och längd utifrån målgrupp. Även länkar till andra aktörers hemsidor behöver ses över. Syftet är att tillgängliggöra information till medborgarna på ett jämnt sätt.

Förslag

- En viktig utgångspunkt för utvecklingen för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är innehåll och implementering av åtta nya regionala medicinska riktlinjer som tydliggör innehåll och anger kvalitetsbasen i de insatser som ges, oavsett aktör.
- De fem sjukhusförvaltningar som bedriver verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri ska inkomma med ett förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och mellanvård med syfte att skapa färre och mer robusta mottagningar/enheter. I denna ska framgå tänkt framtida geografiska placering och uppstartsdatum med hänsyn tagen till nuvarande hyreskontrakt. Arbetet ska ske i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna. *Påbörjas omgående.*
- Regional heldygnsvårdsavdelning om 4-6 platser tillskapas för patienter med starkt utagerande beteende i form av självskada och/eller våld mot andra. Lokaliseras på BUP/SU tillsammans med BUPs övriga slutenvård. *Önskvärd uppstart våren 2018.*
- Regional enhet för patienter med bipolära syndrom/psykotiska symtom tillskapas, inom ramen för BUP/SU. *Önskvärd uppstart hösten 2017.*
- För att ta tillvara ny kunskap och driva utvecklingen vidare föreslås att kunskapsnoder tillskapas. Dessa bör vara knutna till de områden som finns med i utvecklingsplanen och till dessa noder knyts minst en medarbetare från respektive klinik. Grupperingarna träffas minst en gång/termin för att gå igenom utvecklingen inom "sitt" område kopplat mot utvecklingsplanen och också för att lyfta in eventuell ny kunskap som tillkommit i efterhand. Behovet av kompetensutveckling går igenom och vid behov ska samordnade utbildningsinsatser föreslås. KPH får i uppdrag att tillse att denna mötesstruktur fullföljs. *Påbörjas omgående.*
- En kompetensutvecklingsplan för samtlig personal inom BUP behöver tas fram av sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri med administrativt stöd från KPH. *Bör vara klar senast 15 juni 2017.*
- En kompetensförsörjningsplan för BUP behöver tas fram för att klara de framtida vårdbehoven. För att avsluta beroendet av personal inom olika bemanningsföretag krävs att alla vakanta tjänster fylls. KPH håller samman arbete där sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri, koncernstab HR och övriga berörda parter ingår. *Bör vara klar 1 september 2017.*
- Antalet barn- och ungdomspsykiatriker, sjuksköterskor och psykologer behöver utökas och tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist behöver tillgodoses för att kunna förverkliga kommande regionala medicinska riktlinjer.
- Till stöd för implementering och uppföljning av de insatser och de behov som utvecklingsplanen och regionala medicinska riktlinjer anger, behöver en processledare (heltid) tillsättas. Organisatorisk hemvist KPH i nära samverkan med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. *Påbörjas omgående.*

- En gemensam regional rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP och omhändertagande av personer runt 18-årsåldern ska tas fram. Detta för att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare. Ansvariga är sektorsråden för BUP och VUP. *Påbörjas omgående.*

Regional samordning

För att uppnå den utveckling detta dokument syftar till kommer ett arbete inom de fem BUP-verksamheterna, kopplad till respektive förvaltning, att behöva äga rum. Detta arbete föreslås samordnas och faciliteras med stöd av KPH i de fall som mer än en klinik är berörd. Syftet är att optimera resursutnyttjandet, minimera kostnaderna och dra nytta av den stora organisationens fördelar. I de fall ett utvecklingsuppdrag enbart berör en klinik ansvarar kliniken själv för att arbetet bedrivs enligt plan.

Uppföljning

KPH har i uppdrag att följa uppföljningsindikatorer i samtliga regionala medicinska riktlinjer och återkoppla till sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Detta redovisas årligen till Psykiatriberedningen.

KPH ansvarar för redovisning av förslagen i denna plan till Psykiatriberedningen.

När så är möjligt ska samtliga uppföljningsindikatorer som förekommer i utvecklingsplanen redovisas och analyseras utifrån ålder och kön för att särskilt belysa jämlikhetsperspektivet.

KPH ansvarar även för att följa:

- Samverkan/samverkansmöte, indikator SIP
- Utfall i kvalitetsregistren BUSA och RiksÄt för berörda patientgrupper
- Utvecklingen inom tvångsvården enligt pågående regionalt arbete
- Antal pågående forskning- och utvecklingsprojekt per BUP-verksamhet

Protokoll från regionstyrelsen, 2017-02-07

§ 22

Kriskommunikationsplan för Västra Götalandsregionen 2017-2018

Diarienummer RS 2016-03054

Beslut

1. Regionstyrelsen antar kriskommunikationsplan för Västra Götalandsregionen 2017 – 2018
2. Regionstyrelsen ger regiondirektören i uppdrag att säkra de organisatoriska förutsättningarna som krävs för verkställande av planen i krissituationer

Sammanfattning av ärendet

I enlighet med Regionfullmäktiges beslut om Västra Götalandsregionens regionala krishanteringsplan (DNR: RS 1970-2014) ska det även finnas en kriskommunikationsplan. Kriskommunikationsplanen omfattar utgångspunkter, principer, ansvar och arbetssätt för kommunikation vid störningar och kriser och ska vara ett stöd i det övergripande beredskaps- och krisarbetet. Planen vänder sig till de chefer och medarbetare som är en aktiv del av Västra Götalandsregionens störnings- och krisberedskap. Som en del i genomförandet av planen, för att stärka Västra Götalandsregionens totala krisberedskap, kommer koncerngemensamma övningar i kriskommunikation att göras minst vart annat år med start 2017.

Beredning

Planen har remitterats till kommunikationscheferna i Västra Götalandsregionens förvaltningar och bolag samt till Prehospitalt katastrofmedicinskt centrum (PKMC) och Koncernkontorets enhet för säkerhet.

Den delen av planen som innebär personalpåverkan är KiB, vilken samverkats i koncernkontorets centrala samverkansgrupp CSG den 11 oktober 2016 och den 1 december 2016.

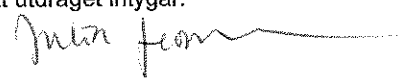
Ärendet behandlades på **ägarutskottet** den 25 januari 2017.

Beslutsunderlag

- Ägarutskottets protokoll 2017-01-25, § 3
- Kriskommunikationsplan för Västra Götalandsregionen 2017-2018
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-05

Skickas till

- ann-sofi.lodin@vgregion.se för genomförande
- erik.lagersten@vgregion.se för kännedom
- maria.wernstal@vgregion.se för kännedom

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

Protokoll från regionstyrelsen, 2017-02-07

- niclas.samsioe@vgregion.se för kännedom
- linn.riedl@vgregion.se för kännedom
- Samtliga nämnder och styrelse
- Samtliga förvaltningschefer

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

Kriskommunikationsplan för Västra Götalandsregionen 2017-2018

Regionstyrelsen
RS 2016-03054

Innehåll

1	Inledning	3
2	Sammanfattning	4
2.1	Grundläggande principer och samverkan	4
2.2	Gemensamt mål	4
2.3	Lokala förvaltningsplaner och ansvar	4
2.4	Kommunikationsdirektörens ansvar	5
2.5	Samverkan RTiB och koncernkontorets presstjänst/KiB	5
2.6	Ansvar för lägesbild och dokumentation	5
2.7	Budskap	6
3	Utgångspunkter	7
3.1	Kriskommunikationens syfte	7
3.2	Principer och förhållningssätt	8
3.3	Lagar, offentlighet och sekretess	9
4	Arbetsätt och rutiner	10
4.1	Organisation och ansvar	10
4.2	Samverkan	12
4.3	Intern kommunikation	15
4.4	Målgrupper	15
4.5	Informationskanaler	15
4.6	Omvärldsbevakning	19
4.7	Tekniska verktyg för samverkan	20
4.8	Loggbok	20
4.9	Uppföljning och utvärdering	21
4.10	Utbildningar och övningar	21
4.11	Begreppet störning	21
5	Bilagor	23
5.1	Bilaga: Lokal plan för kommunikation vid störningar	23
5.2	Bilaga: Loggbok	23
5.3	Bilaga: Lägesbild	24
5.4	Bilaga: Kommunikativ lägesbild	24

1 Inledning

I samband med händelser som innebär störningar i verksamheten är det viktigt med väl fungerande kommunikation. Förmågan att sprida tillräcklig och korrekt information påverkar förståelsen för situationen och dess konsekvenser.

Framgångsrik kommunikation kännetecknas av samordning, struktur, förberedelse, utbildning och övning. Så mycket som möjligt bör vara förberett innan händelsen, redan i vardagen, eftersom tid oftast är en faktor i sig.

I enlighet med Regionfullmäktiges beslut om Västra Götalandsregionens regionala krishanteringsplan (DNR: RS 1970-2014) har en kriskommunikationsplan tagits fram. Den omfattar utgångspunkter, principer, ansvar och arbetssätt för kommunikation vid en kris eller störning. Kriskommunikationsplanen ska vara ett stöd i både beredskaps- och krisarbetet. Planen vänder sig till de chefer och medarbetare som är en aktiv del av Västra Götalandsregionens störnings- och krisberedskap.

För att underlätta samverkan och hantering mellan olika samhällsaktörer har delar av länsstyrelsens dokument "Kriskommunikationssamverkan i Västra Götalands län, inriktning och rutiner", inkluderats i denna kriskommunikationsplan. Länsstyrelsens dokument är baserat på Myndigheten för samhällsskydd och beredskaps dokument "Gemensamma grunder för samverkan och ledning vid samhällsstörning", vilket i sin tur har stor påverkan på den svenska krisberedskapen och krishanteringen.

I kriskommunikationsplanen kompletteras begreppet kris med det bredare begreppet störning. En störning påverkar verksamheten utöver vardagen men kan till skillnad från krisen vara både vara positiv och planerad. En störning är ingen kris men kan i beredskapssyfte kräva planering och stora insatser för att inte utvecklas till en krissituation.

2 Sammanfattning

Västra Götalandsregionens regionala kriskommunikationsplan är en utgångspunkt, inriktning och ett stöd för kommunikation vid kriser och störningar. Planen är framtagen i enlighet med Regionfullmäktiges beslut om Västra Götalandsregionens regionala krishanteringsplan (DNR: RS 1970-2014)

2.1 Grundläggande principer och samverkan

I en krissituation har alla aktörer samma ansvar för information och kommunikation som under normala förhållanden. Krisen hanteras i första hand där den inträffar (närhet). Verksamheten fungerar, så långt det är möjligt, på samma sätt som i vardagen (likhet). Den som normalt ansvarar för ledning och kommunikation bär även ansvaret i en krissituation (ansvar).

Förvaltningar och bolag är skyldiga att samverka med andra aktörer (utökade ansvarsprincipen). Aktörerna har ett gemensamt ansvar att kontakta varandra, för att både begära och erbjuda hjälp. Denna kontakt ska ske redan i ett tidigt skede och i första hand mellan verksamheter som liknar den egna.

När krisen riskerar att hota Västra Götalandsregionens varumärke kan regiondirektören besluta om undantag från de tre grundprinciperna (närhet, likhet och ansvar) och ta över ägandet och ledningen av kommunikationen.

2.2 Gemensamt mål

Det gemensamma målet är att hantera krisen så bra som möjligt, totalt sett. En helhetssyn ska prägla kriskommunikationsarbetet. Det ska finnas förståelse för olika perspektiv och en lyhördhet för andra aktörers behov, förutsättningar och arbetssätt.

2.3 Lokala förvaltningsplaner och ansvar

Alla förvaltningar ska ha en plan för hur de hanterar kommunikation vid störningar och kriser. Planen ska vara en del av, eller en bilaga till, förvaltningens egen krishanteringsplan eller den katastrofmedicinska beredskapsplanen. Den ska omfatta rutiner för larm och kontakt med lokal tjänsteman i beredskap/motsvarande (LTiB), regional tjänsteman i beredskap (RTiB) samt koncernkontorets presstjänst och kommunikatör i beredskap (KiB). Förvaltningens planering ska omfatta uthållighet över tid och försäkras om möjlighet till förstärkning, i första hand lokalt, i andra hand regionalt.

En förvaltning som befinner sig i kris ska ha stöd av en funktion med ett tydligt uppdrag att hantera krisens kommunikativa aspekter. Funktionen ska vara en självklar del i krishanteringen. Funktionen ansvarar lokalt för kommunikationsanalys, planering, omvärldsbevakning, samordning, ledning och genomförande av så väl intern som extern kommunikation. Funktionen upprätthåller pressjour och kommunikatör i beredskap.

2.4 Kommunikationsdirektörens ansvar

Kommunikationsdirektören ansvarar för att den regionala kommunikativa krisberedskapen är god.

På regional/regiongemensam nivå ansvarar kommunikationsdirektören för kommunikationsanalys, samordning, ledning, planering, omvärldsbevakning och genomförande av regiongemensam så väl intern som extern kommunikation. Kommunikationsdirektören ansvarar även för regional uthållighet över tid och stöd till enskilda förvaltningar.

Vid regionala störningar och kriser ansvarar kommunikationsdirektören för kommunikationsstöd till regiondirektören, Regional särskild sjukvårdsledning och Regional krisledningsstab, liksom för samverkan med regional tjänsteman i beredskap (RTiB), beredskapschef och koncernsäkerhetschef.¹

I samband med lokal kriser ansvarar kommunikationsdirektören för att, efter förfrågan, stötta den lokala krisledningen tills det lokala kommunikationsstödet upprättats enligt plan.

2.5 Samverkan RTiB och koncernkontorets presstjänst och KiB

Regional tjänsteman i beredskap (RTiB), ansvarar initialt för samhälls- och verksamhetsstörningar med regional påverkan

Koncernkontorets presstjänst hanterar initialt förtroendestörande regionala händelser. Utanför kontorstid ansvarar Kommunikatör i beredskap (KiB) för den initiala krisberedskapen.

RTiB, presstjänsten/KiB har ömsesidigt kontaktansvar samt ansvar för larm och information till berörda direktörer, chefer och verksamheter.

2.6 Ansvar för lägesbild och dokumentation

En lägesbild ska alltid upprättas i händelse av kris. Vid verksamhets- eller samhällsstörningar samt katastrofmedicinsk händelse ska den drabbade förvaltningen förmedla larm och lägesbild till RTiB.

Om händelsen är en ägar- eller förtroendefråga ska den drabbade förvaltningen larma och förmedla lägesbild till Koncernkontorets presstjänst/KiB.

Som ett komplement bör den drabbade förvaltningen även upprätta en kommunikativ lägesbild för händelsens kommunikativa aspekter, aktiviteter, målgrupper, kanaler och budskap med mera. Lägesbilder ska uppdateras av den drabbade förvaltningen så länge händelsen pågår.

¹ Från den 1 januari 2017 kommer de två tjänsterna, koncernsäkerhetschef och beredskapschef, att ersättas av en tjänst med titeln beredskaps- och säkerhetschef.

Vid en regional händelse ansvarar koncernkontorets presstjänst/KiB för att upprätta en regional kommunikativ lägesbild.

Alla aktiviteter och beslut som har koppling till en krishändelse ska snarast möjligt dokumenteras i en elektronisk loggbok. Loggboken gör det möjligt att följa upp och utvärdera händelserna och främjar samverkan med övriga aktörer.

2.7 Budskap

När en störning eller kris involverar flera aktörer är det viktigt med samstämmiga budskap. Varje aktör lämnar endast information om den egna verksamheten. Vid behov går det att komma överens om en annan hantering.

Ansvarig ledning för krisen beslutar vilka målgrupper och informationskanaler som ska prioriteras. Eftersom kriskommunikationens uppgift i första hand är att ge stöd åt krishanteringen samt att stilla oro bör framförallt två typer av målgrupper prioriteras: interna målgrupper samt medier.

3 Utgångspunkter

3.1 Kriskommunikationens syfte

Syftet med krishantering är att trygga människors liv och hälsa, förhindra eller begränsa skador på egendom och miljö samt att upprätthålla samhällsviktiga verksamheter. I förlängningen innebär detta även ett skydd av grundläggande värden som demokrati, jämlikhet, rättvisa, integritet och förtroende. En viktig del i krishantering är även förmågan att sprida tillräcklig och korrekt information om händelsen.

Det övergripande syftet med kommunikationen och kommunikationsarbetet vid en händelse är att vara ett stöd för hanteringen av händelsen och dess konsekvenser. Ett andra syfte är att hantera "bilden av händelsen". Västra Götalandsregionen ska kunna ge korrekt information till medarbetare och allmänhet i syfte att bidra till största möjliga förståelse för situationen, dess konsekvenser och dess hantering. God kriskommunikation hjälper till att bygga upp förtroendet hos medarbetare, allmänhet och media. Med ett högt förtroende ökar möjligheten att hantera händelsen på bästa sätt.

Syftet för kommunikationen vid en kris är att

- ge målgrupperna en god bild av händelsen och dess konsekvenser
- ge kunskap som grund för grupper och individers agerande och arbete
- motverka panik eller onödig oro
- visa handlingskraft

Det viktigaste att initialt förmedla vid en kris är

- vad som hänt
- händelsens omfattning
- händelsens konsekvenser
- vidtagna åtgärder
- planerade åtgärder
- kontaktpersoner i organisationen
- var och när ny information ges

Kommunikationen vid en händelse ska vara

- sann
- snabb
- faktabaserad
- öppen
- lättillgänglig
- trovärdig
- lätt att förstå även under stress
- målgruppsanpassad

Att informationen är snabb och öppen står inte i motsatsförhållande till att den ska vara sann, faktabaserad och trovärdig. Det gäller att så snabbt som möjligt informera om så mycket som möjligt och att kontinuerligt informera om händelseutvecklingen. Etiska övervägningar är nödvändiga men man får aldrig avstå helt från att informera med hänvisning till att man inte är säker på alla uppgifter. Istället ska det tydligt framgå i informationen vad man inte kan svara på och om det råder osäkerhet om den bild eller de uppgifter man har vid ett givet tillfälle.

3.2 Principer och förhållningssätt

3.2.1 Agera som i vardagen – ansvar, likhet, närhet

Ansvaret för Västra Götalandsregionens kriskommunikation styrs av samma tre principer och inriktning som ligger till grund för det svenska krishanteringssystemet.

Ansvarsprincipen: Den som har ansvarar för en verksamhet under normala förhållanden har ansvaret också under en störning. I ansvaret ligger även att samverka med övriga berörda aktörer.

Likhetsprincipen: En verksamhet ska så långt det som möjligt fungera på liknande sätt vid en störning som i vardagen. Verksamheten ska så långt det som möjligt även utföras på samma plats som under normala förhållanden.

Närhetsprincipen: En störning ska hanteras där den inträffar och av dem som är närmast berörda och ansvariga.

De grundläggande principerna, ansvar, närhet och likhet innebär i praktiken att alla aktörer, interna som externa, även har samma informationsansvar under en störning som vid normala förhållanden.

Skyldighet att samverka och stödja – Utökade ansvarsprincipen

Ytterligare en grundläggande princip är den så kallade **utökade ansvarsprincipen**. Enligt denna har varje aktör ansvar och skyldighet att i en krissituation samverka med och stödja andra. Principen gäller även för samverkan kring kommunikation. Principen gäller så väl internt, mellan Västra Götalandsregionens verksamheter, som mellan Västra Götalandsregionen och externa aktörer.

Vid en lokal störning ska kommunikationssamverkan i första hand ske på lokal nivå med lokala aktörer. Vid en regional störning eller samhällsstörning sker samverkan på regional nivå.

Internt bör Västra Götalandsregionens verksamheter främst söka kriskommunikationssamverkan med en verksamhet som liknar den egna, och som arbetar inom det egna verksamhetsområdet. Detta eftersom det hos en liknande verksamhet finns en större kunskap och förståelse för uppgift och funktion samt troligen en någorlunda samstämmig bild och vana av hur kriser som drabbar verksamheten kan och bör hanteras.

Gemensamt kontaktansvar

Vid en kris bör man tidigt be om stöd om de egna resurserna inte räcker till. Ansvar är ömsesidigt. Verksamheter som har möjlighet har även skyldighet att tidigt erbjuda stöd och hjälp till den drabbade verksamheten. Kontaktansvaret gäller även mot externt samverkande myndigheter och aktörer.

3.2.2 Helhetssyn och perspektivförståelse

I en krissituation är det sällan enbart den egna verksamheten som påverkas. Därför bör arbetet vid en krissituation alltid präglas av lyhördhet för andra aktörers behov, förutsättningar, arbetssätt och tolkning av krisen. Att se händelsen ur flera perspektiv och som helhet underlättar samverkan med andra aktörer.

3.3 Lagar, offentlighet och sekretess

Offentlighetsprincipen, Tryckfrihetsförordningen, Offentlighet- och sekretesslagen och alla andra lagar och förordningar gäller på samma sätt i en kris som i vardagen. De som har en kommunikationsuppgift i beredskapsorganisationen ska ha goda kunskaper i offentlighet och sekretess för att kunna hantera situationen vid en störning.

3.3.1 Allmän handling

Kommunikation på exempelvis intranätet, via e-post, fax eller SMS är i de flesta fall allmän handling och ska efter sekretessprövning skyndsamt lämnas ut. Beslut som fattas av krisstab eller -ledning kan vara allmän handling. Varje förfrågan ska prövas med stöd av Västra Götalandsregionens juridiska kompetens. En krisstab bör därför upprätta en kontakt med jurist.

Vid olyckor med skador och avlidna vill medierna komma i kontakt med patienter och anhöriga. Västra Götalandsregionen måste på alla sätt värna patientsekretessen. Det dock kan finnas tillfällen då man kan medverka till att underlätta kontakten mellan patienter eller anhöriga och media.

3.3.2 Västra Götalandsregionen inte allmän plats

Västra Götalandsregionens lokaler, fastigheter och verksamheter är inte allmän plats. Utgångspunkten är därför att den som vistas inom Västra Götalandsregionens verksamhet eller egendom måste ha ett ärende som har en koppling till VGR:s verksamhet för att vistas där. Detta gäller så väl patienter, besökare som allmänhet och journalister.

3.3.3 Generellt fotoförbud

Generellt råder även fotoförbud inom Västra Götalandsregionens sjukvårdsverksamheter. Lokala undantag, bestämmelser och rutiner är dock tillåtna och fastställs av förvaltningarna. Tillstånd för fotografering kan lämnas av förvaltningschef.

4 Arbetssätt och rutiner

4.1 Organisation och ansvar

4.1.1 Funktion för kommunikation

En förvaltning som befinner sig i kris ska ha stöd för sin kommunikation av en funktion med ett tydligt uttalat uppdrag att kommunicera. Kommunikation är en stödfunktion och ska vara en självklar del i krisarbetet. Om en krisledningsgrupp/-stab upprättas ska funktionen ingå i denna.

En funktion med kommunikationsansvar ska

- hantera omvärldsbevakning och kommunikativ analys
- dokumentera kommunikationsarbetet
- samordna kommunikationen
- formulera budskap
- hantera publicering på webbsidor och sociala media
- ta hand om presskontakter
- göra utskick av pressmeddelanden
- kalla media till eventuella presskonferenser

4.1.2 Lokalt förvaltningsansvar

Enligt ansvars-, närhets- och likhetsprincipen ska en händelse hanteras av den förvaltning där den inträffar.

Varje förvaltning och bolag ansvarar för att beredskapen inför händelser och kriser är god. Förvaltningar och bolag ska

- genomföra en risk- och sårbarhetsanalys
- upprätta lokal kommunikationsplan för störningar som bilaga till, förvaltningens egen krishanteringsplan eller den katastrofmedicinska beredskapsplanen
- upprätta rutiner för larm och kontakt med lokal tjänsteman i beredskap, LTiB/motsvarande utpekad kontaktfunktion. Saknas LTiB ska rutiner för larm upprättas med RTiB.

Vid en kris ska berörd förvaltning eller bolag

- upprätthålla funktionen pressjour/kommunikatör (eller motsvarande) i beredskap
- ge kommunikationsstöd till förvaltningens krisstab/-ledning
- sörja för uthållighet över tid och försäkra sig om att det finns möjlighet till förstärkning, i första hand lokalt, i andra hand regionalt.
- samordna och leda det lokala kommunikationsarbetet vid händelsen
- samordna kommunikationsarbetet och kommunikationsinsatser med interna och externa aktörer

- hantera om-/invärldsbevakning
- dokumentera arbetet i en elektronisk loggbok som enkelt kan sparas och delas (Se vidare avsnitt 4.8 Loggbok). Observera att dokumentation i en kris kan vara sekretessbelagd.
- larma och informera RTiB
- informera kommunikationsdirektören eller koncernkontorets presstjänst/KiB

I en krissituation är det bättre att, om det är möjligt, ta i för mycket i början eftersom det är svårt att hinna ikapp när krisen är ett faktum och lever sitt eget liv.

Undantag för skydd av varumärket

Kommunikation vid kriser hanteras som regel av den verksamhet som är drabbad. Inom Västra Götalandsregionen kan dock regiondirektören besluta om undantag. Om händelsen riskerar att starkt påverka Västra Götalandsregionens varumärke och anseende kan regiondirektören fatta beslut om att överta ”ägandet” och ledningen av kommunikationen i samband med krisen.

4.1.3 Regionalt ansvar

Regionalt ansvarar kommunikationsdirektören för att den regionala kommunikativa krisberedskapen inför händelser och kriser är god.

Kommunikationsdirektören ansvarar för

- övergripande struktur och uppbyggnad av en fungerande kommunikation vid störningar, anpassad till Västra Götalandsregionens krishanteringsprocess

Vid regionala händelser ansvarar kommunikationsdirektören för

- kommunikationsstöd till regiondirektören, Regional särskild sjukvårdsledning (RSSL) och Regional krisledningsstab
- samverkan med RTiB, beredscapschef och koncernsäkerhetschef
- att vid behov upprätta 24-timmars jourberedskap/pressjour
- att upprätta en regional kommunikationsplan
- att samordna och leda kommunikationsarbetet vid störningar som berör flera förvaltningar, bolag eller hela Västra Götalandsregionen
- att vid en kris eller hot om kris upprätta funktion för regional samordning av kommunikation
- i vissa fall ledning och styrning av kriskommunikation
- att vid behov samordna regional kommunikation och budskap
- att, efter förfrågan och under ett initialske, stötta lokal krisledning i en förvaltning eller ett bolag till dess det egna kommunikationsstödet upprättats enligt lokal kommunikationsplan
- regional uthållighet över tid samt stöd till enskilda förvaltningar
- att samordna kommunikationsarbete och -insatser med externa regionala aktörer
- kommunikationsstöd till regionalt eller nationellt upprättad krisledning

Kommunikatör i beredskap

För att ytterligare förstärka beredskapen inrättas under 2017 funktionen Kommunikatör i beredskap (KiB). Funktionen innebär att det finns en utsedd kommunikatör i beredskap även utanför presstjänstens öppettider, helgfria vardagar kl. 08.00 – 17.00. Med KiB höjer koncernkontoret tillgängligheten för massmedia samt Västra Götalandsregionens tjänstemän och politiker och kan snabbt, utan fördröjning, starta ett kommunikationsarbete/-insats.

Verksamhetsstörande händelser

Samhälls- och verksamhetsstörningar som involverar den regionala nivån, hanteras initialt RTiB. RTiB ansvarar för att omgående informera, beredskapschef, koncernsäkerhetschef, kommunikationsdirektör, koncernstabsledning samt koncernkontorets presstjänst/KiB. Vid allvarliga fall ska RTiB informera regiondirektören.

Förtroendestörande händelser

Vid förtroendestörande händelser, som involverar den regionala nivån, hanteras händelsen initialt av koncernkontorets presstjänst/KiB. Presstjänsten/KiB ansvarar för att omgående informera, RTiB, koncernsäkerhetschef, kommunikationsdirektör, samt koncernstabsledning. Vid allvarliga händelser ska presstjänsten/KiB informera regiondirektören.

4.2 Samverkan

4.2.1 Samordnade budskap

För att undvika att organisationens förtroende skadas är samstämmiga uppgifter och budskap en av de viktigaste delarna vid kriskommunikation. Splittrad eller motsägelsefull information skapar förvirring och osäkerhet.

Vid en händelse där flera aktörer är inblandade behöver kommunikationen därför samordnas. Ansvarig chef eller krisledning är även ytterst ansvarig för kommunikation och samordning av budskap och kommunikationsinsatser. Det är ansvarig chef som beslutar om vilken information som ska lämnas och av vem.

I enlighet med ansvars- och likhetsprinciperna är varje förvaltning ansvarig för informationen om sin verksamhet. Detsamma gäller samverkande samhällsfunktioners kommunikation externt. **Principen är att varje organisation och förvaltning endast lämnar information om det den ansvarar för** men det kan i vissa fall vara nödvändigt att samverkande aktörer lämnar överenskommen information om andra verksamheter, framförallt till media, för att minska trycket totalt.

4.2.2 Larm – upprätta och förmedla lägesbild

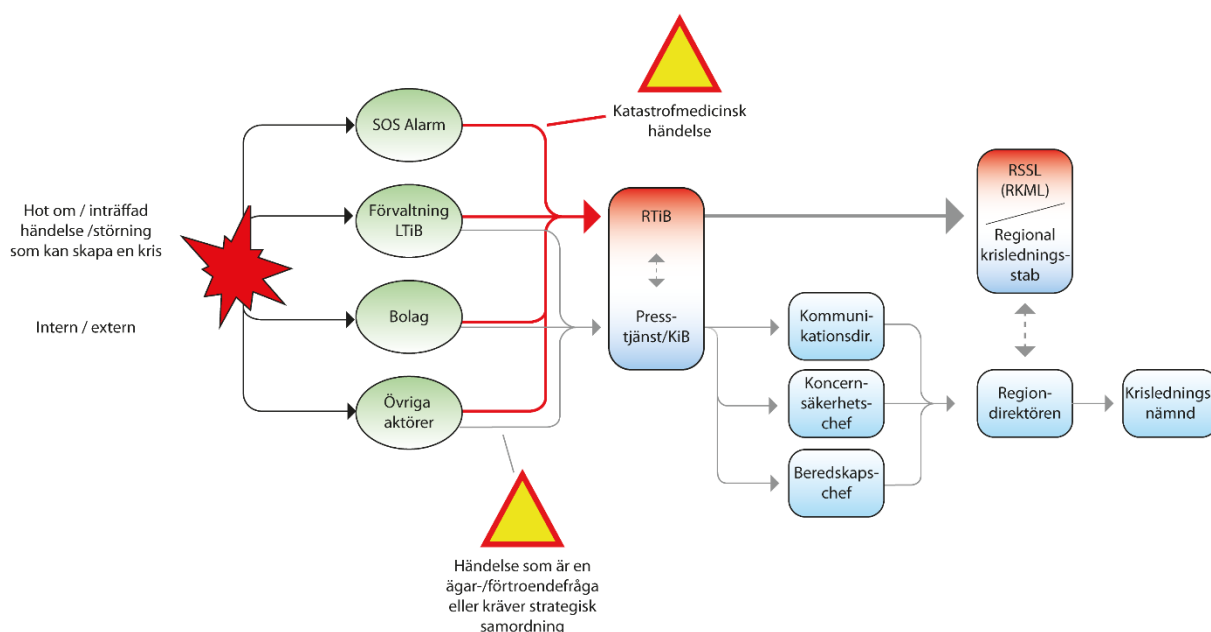
Vid kris eller hot om kris ska verksamhetsansvarig omgående se till att en lägesbild tas fram. Vid samhälls- och verksamhetsstörande samt katastrofmedicinska händelser ska larm och lägesbild förmedlas till RTiB. Om händelsen är en ägar- eller

förtroendefråga ska larm och lägesbild förmedlas till Koncernkontorets presstjänst/KiB.

Lägesbilden ska, förutom läget även innehålla information om risk för den medicinska säkerheten inom hälso- och sjukvården eller annan fara för skyddsvärda objekt eller resurser. Berörda förvaltningar ansvarar för att hålla uppdatera och kontinuerligt förmedla lägesbilden vidare till RTiB och koncernkontorets presstjänst/KiB.

RTiB och presstjänst/KiB ansvarar för larm till VGR-interna aktörer däribland kommunikationsdirektören, koncernsäkerhetschefen och beredskapschefen samt vid en allvarlig händelse regiondirektören.

Bild: Illustration larmvägar



4.2.3 Kommunikativ lägesbild

För att stötta kommunikationsarbetet vid en kris kan lägesbilden kompletteras med punkter som belyser krisens kommunikativa delar – en kommunikativ lägesbild.

Den kommunikativa lägesbilden

- sammanfattar bland annat identifierade kommunikationsbehov, genomförda och planerad kommunikationsinsatser, resurser för kommunikationsarbete, behov av samverkan samt hur krisen beskrivs och uppfattas av omvärlden.
- upprättas av kommunikationsfunktionen i samverkan med ansvarig krisledning
- främjar samverkan mellan flera aktörer så väl interna som externa
- används med fördel när det, i samverkan mellan flera aktörer, finns behov av en samlad lägesbild och samstämmiga budskap

Vid en regional händelse ansvarar koncernkontorets presstjänst/KiB för att upprätta en första kommunikativ lägesbild.

Se vidare bilagorna 5.3 Lägesbild och 5.4 Kommunikativ lägesbild.

4.2.4 Samverkan med externa aktörer

Vid en störning har Västra Götalandsregionen, inom sitt ansvarsområde, skyldighet att samverka med andra samhällsfunktioner. Samverkande samhällsfunktioner kan vara SOS Alarm, polis, räddningstjänst, länsstyrelse, kommuner, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och andra landsting/regioner i Sverige och utomlands. Det kan också vara företag eller andra aktörer beroende på händelsens art.

För Västra Götalandsregionens del ansvarar RTiB för samordning med regionala aktörer och myndigheter exempelvis länsstyrelsen, Polismyndigheten och trafikverket.

För att få till stånd en god samverkan har vissa aktörer ett särskilt ansvar för samordningen av berörda aktörer inom en sektor eller ett geografiskt område.

Sektorsansvar innebär att alla myndigheter och organisationer har ansvar för sitt verksamhetsområde. Statliga myndigheter på central nivå ansvarar för samordningen mellan olika nivåer inom den sektor de verkar i. Till exempel har Socialstyrelsen ett nationellt ansvar att samordna hälso-och sjukvårdssektorn.

Geografiskt områdesansvar innebär att samordna de olika sektorernas arbete inom ett geografiskt område. På lokal nivå är det *kommunerna*, på regional nivå *länsstyrelserna* och på nationell nivå är det *regeringen* som har det geografiska områdesansvaret. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, utövar i praktiken flera av de uppgifter som ligger inom regeringens geografiska områdesansvar vid samhällsstörningar.

Sektorsansvar och geografiskt områdesansvar innebär också ett samordningsansvar för kriskommunikation. Det innebär däremot *inte* att ta över någon annans informationsansvar – det handlar endast om samordning och stöd.

4.2.5 Länsstyrelsens samordningsansvar för information

När det gäller samverkan vid samhällsstörningar som berör hela länet har Länsstyrelsen en nyckelroll, och ska "... verka för att information till allmänhet och media samordnas".

Det främsta syftet med Länsstyrelsens insatser är att möjliggöra och underlätta kommunikationssamverkan vid större krishändelser i länet. När och om Länsstyrelsen har ett direkt ansvar för hela eller delar av en händelse, har Länsstyrelsen också ansvar för att kommunicera aktuellt läge och åtgärder till allmänhet och medier.

Om Länsstyrelsen kallar till en regional samverkanskonferens bör kommunikationsansvariga hos berörda aktörer delta. På samverkanskonferensen redogör respektive aktör för sin organisations lägesbild och ska då även kunna beskriva den kommunikativa lägesbilden utifrån sin organisations perspektiv.

För Västra Götalandsregionen kallas RTiB till Länsstyrelsens regionala samverkanskonferens.

4.3 Intern kommunikation

Vid en händelse är det viktigt att prioritera intern kommunikation. Medarbetare, chefer och förtroendevalda behöver få information om händelsen både för att kunna hantera störningen mer effektivt men även för att minska felkällor och ryktesspridning, bidra till arbetsro och trygghet samt stilla oro och nyfikenhet.

Många av medarbetarna inom Västra Götalandsregionen använder samma sociala medier och nyhetsmedier som allmänheten för att få information. Därför kan i traditionella medier övervägas och användas för information även till medarbetare om de interna kanalerna inte fungerar.

4.4 Målgrupper

Kommunikationen vid en händelse måste fungera både internt och externt. Eftersom resurser och tid oftast är begränsade måste både innehåll och målgrupper prioriteras. I första hand bör kommunikation med personer och grupper som behöver kunskap för att på bästa sätt hantera störningen prioriteras. Beslut om prioriteringen fattas av ansvarig krisledning.

Exempel på målgrupper vid en störning är

- medarbetare
- förtroendevalda
- samverkande myndigheter, företag och organisationer
- journalister/medier
- allmänhet
- drabbade
- anhöriga

4.5 Informationskanaler

Västra Götalandsregionen har tillgång till ett stort antal kanaler för kommunikation vid en störning eller kris.

Det är lokala krisledningen som bestämmer vilka informationskanaler som primärt ska användas. Valet ska kommuniceras till alla som medverkar i krisarbetet. Detta är särskilt viktigt när det gäller intern kommunikation.

4.5.1 Medarbetare

Medarbetare är en viktig kanal för kommunikation inom den egna målgruppen men också för kommunikation med andra målgrupper.

Västra Götalandsregionen har närmare 53 000 medarbetare som alla i en kris, i alla fall hypotetiskt, skulle kunna sprida information vidare till andra, även utanför organisationen, till exempel anhöriga, vänner och grannar.

Varje anställd har rätt till sin egen version av en händelse och rätt att sprida den till exempelvis media. Detta gäller dock inte sekretesskyddad information exempelvis patientinformation.

4.5.2 Interna webbsidor/intranät

Det regiongemensamma intranätet (insidan) och/eller de lokala intranäten kan vara en viktig informationskanal, framförallt vid en långvarig störning. En kommentarsfunktion för återkoppling kan vara värdefull i arbetet med kommunikation vid störningar för att se om mottagarna uppfattar budskapet rätt.

Alert-funktion: I Västra Götalandsregionens webbpubliceringssystem, EpiServer, är det möjligt att aktivera en så kallad alert-funktion. Med funktionen är det möjligt att samtidigt publicera samma information på samtliga förvaltningars intranät.

4.5.3 Talespersoner

Redan tidigt i en kris kan det vara viktigt att utse en talesperson. Talespersonen är den som officiellt uttalar sig för organisationen.

Att utse en talesperson innebär inte att man lägger munkavle på andra medarbetare. Syftet är att få en tydlig ingång i organisationen för medias frågor. Det ger också organisationen möjlighet att förmedla ett gemensamt och samordnat budskap för händelsen. Att utse en talesperson kan också bidra till att övrig personal kan fokusera på att lösa händelsen istället för att bli upptagen av att svara på frågor.

4.5.4 Sociala medier

Sociala medier utgör en allt större del av informationsspridningen i samhället och är en viktig kanal vid störningar. Via egna konton kan Västra Götalandsregionen sprida information i en störning men även, via meddelande- och kommentarsfunktioner, kommunicera med olika målgrupper och på så sätt få en bild av de frågor som uppkommer i samband med händelsen.

Sociala medier är inte **en** kanal utan flera och behöver etableras innan störningen sker. Sociala media bygger på att kontaktnätet redan är utbyggt innan störningen inträffar.

4.5.5 Massmedia

De traditionella medierna, tidningar och etermedier, är initialt en av de viktigaste kanalerna vid en kris. Genom medierna kan organisationen snabbt nå stora grupper i samhället, både externt och internt.

Medierna arbetar snabbt och under tidspress. De har krav på sig att vara först med nyheter och vill ha intervjuer och bilder.

För att nå ut med vår information måste vi försöka möta mediernas önskemål i så stor utsträckning som möjligt. Men medias önskemål får aldrig äventyra sekretess och integritet. Kommunikatörer och andra medarbetare som arbetar med kommunikation vid kriser ska ha goda kunskaper om var organisationens gränser går när det gäller offentlighet och sekretess.

En presskonferens kan vara ett effektivt sätt att samordna information till medierna. Vid större störningar eller kriser är det också ett effektivt sätt att samordna information från flera aktörer.

Vid ett stort och långvarigt medietryck kan ett presscenter underlätta arbetet. Detta gäller inte minst vid händelser som drar till sig ett stort intresse från nationella och internationella medier.

4.5.6 Externa webbsidor

Våra främsta kanaler till allmänheten vid en störning är i de flesta fall medierna och Västra Götalandsregionens externa hemsidor. Media har hög prioritet men informationen ska också finnas på hemsidor där det finns möjlighet att ge en mer fördjupad information och hänvisningar. I vissa fall kan även information publiceras på 1177. se

Information på webbsidor ska utformas på ett sådant sätt att den enkelt och snabbt kan läsas även i mobiltelefon och läsplatta.

På externa hemsidor måste informationen vara så lätt att förstå att även de som inte har svenska som förstaspråk kan ta del av den. Det är också här vi i första hand ska publicera information på andra språk och i anpassad form. En kommentarsfunktion där mottagare av informationen har möjlighet att ge återkoppling kan vara värdefull för att se hur mottagarna uppfattar budskapet.

4.5.7 Krissida på webben

Alla verksamheter ska planera för hur information publiceras på Internet och intranätet vid en kris. Många av VGR:s verksamheter har idag flera kanaler för kommunikation med allmänhet och medarbetare t ex verksamhetens hemsida, en eller flera Facebooksidor, Linked In och Twitter. I planeringen ska det finnas en huvudsida där all information om händelsen publiceras, som övriga kanaler kan hänvisa till.

4.5.8 Telefonväxlar

Telefonväxlarna kan vara en viktig informationslämnare vid en störning. Personalen i telefonväxlarna ska därför tidigt ha en god kunskap om händelsen, stabsfunktioner, talespersoner och samverkande samhällsfunktioner. Varje telefonväxel bör vid en störning utse en kontaktperson för kommunikation med den krisledning som hanterar störningen.

Kontinuerligt uppdaterade kommunikéer kan lämnas till telefonväxlarna som kan läsas upp eller skickas vid förfrågan för att avlasta hanteringen. Telefonväxlarna har dock inte kapacitet för längre samtal därför bör information till växlarna kombineras med andra kanaler exempelvis hänvisning till en webbsida med mer information. Sidan måste då ha en enkel adress som kan uttalas och förstås på ett enkelt sätt.

4.5.9 Callcenter

Om trycket av frågor via telefon är eller förväntas bli stort kan ett callcenter avlasta kommunikationsarbetet.

Vid behov kontakta RTiB för mer information.

4.5.10 1177 Vårdguiden

1177 Vårdguiden är en väletablerad kanal för sjukvårdsinformation. Kanalen kan användas även vid en händelse om informationen berör sjukvård.

Kunskapsdatabasen kan användas även i en kris.

4.5.11 Krisinformation.se

Vid en störning samverkar ofta flera myndigheter och organisationer och det kan vara svårt för allmänheten att veta vem som kan ge svar på olika frågor. Vid en allvarlig händelse kan en särskild sida skapas på krisinformation.se där allmänheten får en översiktlig bild av vad som har hänt och vägledning för att snabbt hitta den information de söker genom länkar till de aktörer som hanterar störningen.

Krisinformation.se är en nationell webbsida för information om hur samhället hanterar störningar. Bakom informationen står ansvariga myndigheter.

Krisinformation.se kan användas som ett komplement till de egna websidorna vid en störning.

4.5.12 Informationsmeddelande VMA

För att förebygga och begränsa skador på människor, egendom eller miljö kan Västra Götalandsregionen begära att ett informationsmeddelande sänds i radio- och TV-kanaler.

Begäran kan göras via SOS Alarm AB hos Sveriges Radios sändningsledning eller direkt hos lokal kanal. RTiB eller Koncernkontorets presstjänst/KiB kan hjälpa till i begäran av informationsmeddelanden.

Radio- och TV-företagen avgör själva när informationsmeddelandet ska sändas.

Som en utbyggnad av VMA är det idag möjligt att sända SMS till mobiltelefoner som finns inom ett visst geografiskt område. Tjänsten aktiveras av RTiB via SOS Alarm.

4.5.13 Kommunikativt svaga grupper

I beredskapsplaneringen är det viktigt att ställa frågan om hur organisationen ska kommunicera med olika kommunikationssvaga grupper. Tilliten till kommunikation

via webb och etablerade medier är stor men hur kommunicerar man målgrupper inte nås på detta sätt? Det kan gälla grupper med olika former av handikapp, personer som saknar Internet eller tillgång till medier men även grupper som inte läser eller talar svenska.

Den regionala kriskommunikationsplanen pekar ut inte någon speciell grupp som kommunikationssvag men rutiner för kommunikation med svaga grupper bör utredas och förberedas som en del av beredskapsarbetet.

4.5.14 Övriga kanaler

Förutom de kanaler som nämnts ovan finns ytterligare informationskanaler som i kan bli användbara i en kris exempelvis

- anslag på anslagstavlor och dörrar
- receptioner
- kundservice
- biljettkassor
- störningsinformation
- bud
- grupp- och stormöten
- Skype/Lync

4.5.15 Alternativa kanaler

Om de "vanliga" kommunikationskanalerna inte fungerar vid exempelvis ett el-, tele- eller it-avbrott måste man hitta andra sätt att kommunicera. I beredskapsplaneringen är det därför viktigt att förbereda alternativa kanaler om till exempel el-, tele- eller nätkommunikationen slutar fungera eller strömmen försvinner under en längre tid.

4.6 Omvärldsbevakning

Med mer fakta och kunskap ökar möjligheten att fatta riktiga och strategiska beslut, därför är in-/omvärldsbevakning, att vara lyhörd för omvärldens reaktioner och handlande, mycket viktigt i en krissituation. Vad säger medier, sociala medier och andra myndigheter om händelsen, hur reagerar personalen? Omvärldsbevakningen är en viktig del för att hålla lägesbilden uppdaterad och för att få en bättre total helhetsbild av störningen och kommunikationsbehoven.

Varje organisation ska förbereda hur omvärldsbevakningen ska ske vid störningar, både när det gäller hur och vad som ska bevakas men också vem som har uppgiften att genomföra bevakningen.

4.7 Tekniska verktyg för samverkan

4.7.1 Telefonkonferens/Skype

Internt Västra Götalandsregionen tillgång till telefon- och konferensverktyget Skype (Lync). Verktöget fungerar så väl internt som externt. I systemet är det möjligt att dela ljud, bild och dokument.

4.7.2 WIS

Det webbaserade informationssystemet WIS är ett system för utbyte av information vid en störning inom en myndighet eller mellan myndigheter. Systemet handhas av Myndigheten för Samhällsskydd och Beredskap, MSB. WIS är placerat utanför Västra Götalandsregionens nätverk och tillgängligt för Västra Götalandsregionens verksamheter.

Administration och behörigheter hanteras inom av Koncernkontoret.

4.7.3 Rakel

Rakel är Sveriges nationella kommunikationssystem för samverkan och ledning och förvaltas av Myndigheten för samhällsberedskap, MSB. Rakel är ett krypterat och robust system som ska fungera även när andra kommunikationssystem, till exempel telefon och e-post, inte fungerar.

Rakel används inte generellt inom Västra Götalandsregionen men finns tillgängligt på alla akutmottagningar, i ambulanser och hos RTiB/Prehospitalt Katastrofmedicinskt Centrum i Göteborg.

4.7.4 Telefoncenter

VGR IT kan vid behov och efter förfrågan från RTiB sätta upp en särskild telefonkö med avdelad personal för att hantera stora mängder förfrågningar via telefon.

Se även avsnittet 4.5.9 Callcenter

4.8 Loggbok

Vid en händelse ska alla beslut, aktiviteter och viktiga delar i omvärldsbevakningen så snart det är möjligt dokumenteras i en förberedd och tillgänglig elektronisk loggbok. Detta gäller även händelser, beslut och åtgärder som berör kommunikationen kring en händelse.

Loggboken är viktig av flera orsaker. Den kan användas som ett stöd vid hanteringen av händelsen, för analys men även för dokumentation och analys efter en kris, för uppföljning, allmänhetens granskning och insyn samt ett framtida lärande.

En elektronisk loggbok är i sin enklaste form ett ordbehandlingsdokument exempelvis Word eller liknande. Det finns även stöd för delning av loggböcker i gemensamma dokumentationssystem, till exempel WIS (se avsnitt 4.7.2) Att

loggboken är elektronisk gör att den enkelt kan delas och göras tillgänglig för flera personer.

4.9 Uppföljning och utvärdering

Varje verksamhet ska utarbeta rutiner för uppföljning och utvärdering. Utvärderingen är viktig för uppföljningen och helhetsbilden av händelsen men också för att dokumentera erfarenheter och främja lärande. I utvärderingsarbetet har loggböckerna en central roll eftersom de i efterhand kan ge viktiga bidrag om hur en kris hanterades, vilka beslut som fattades av vem och när.

Länsstyrelsens krisinformationsråd har tillsammans med Göteborgs Universitet tagit fram mallar för utvärdering av kriser. Mallarna kan fås av Länsstyrelsen eller finnas på Västra Götalandsregionens intranät.

4.10 Utbildningar och övningar

Vid en händelse måste alla delar i hanteringen fungera både var och en för sig och tillsammans och ju mer man förberett sig inför eventuella störningar och händelser desto mer kraft finns att hantera händelsen när den kommer.

Utbildningar och gemensamma övningar är därför en avgörande faktor för att nå framgång.

Alla personer som har eller kan få en kommunikativ uppgift vid en händelse ska ha utbildning så att de är väl förtrogna med **vad** som ska göras och **hur** det ska göras. Utbildningen ska också innehålla ansvar och befogenheter samt lagar och förordningar.

Liksom kommunikatörens uppgift övas kräver även andra stabsuppgifter utbildning och övning.

Övning bör ske vart annat år. Koncernkontorets koncernstab kommunikation och externa relationer ska samordna och erbjuda möjligheter till förvaltningarnas kommunikationsavdelningar att genomföra gemensamma övningar.

4.11 Begreppet störning

I kriskommunikationsplanen har begreppet störning införts. Begreppet är hämtat från uttrycket samhällsstörning som används både regionalt och nationellt. Begreppet har en bredare användning än ordet kris. Det kan användas för situationer, både positiva och negativa, som påverkar verksamheten utöver vardagen och där samma utgångspunkter, planering och genomförande kan behövas som inför eller vid en kris.

En störning innebär inte nödvändigtvis en kris för verksamheten även om extra insatser kan behövas. Störningen kan dock vara startpunkten för en fullt utvecklad kris. Övergången från störningen till ett krisläge är, som vid alla eskalerande kriser, flytande. Ett exempel på störning kan vara ett stort sportevenemang. Evenemanget är

i grunden positivt men kan vid exempelvis vackert väder med höga temperaturer eller en större olycka innebära en kris om verksamheten inte är förberedd för ett ökat antal skadade.

5 Bilagor

5.1 Bilaga: Lokal plan för kommunikation vid störningar

Varje förvaltning ska ha en egen plan för sin kommunikation vid händelser och störningar. Planen kan vara en bilaga eller ingå i förvaltningens krishanteringsplan. Planen ska bygga på genomförd risk- och sårbarhetsanalys. De saker som särskilt ska beaktas i planeringen är:

Beredskap. Vilken beredskap finns för att klara förvaltningens kriskommunikation initialt och möjlighet till uthållighet över tid?

Larmkedja. Hur larmas nyckelfunktioner/personer och finns uppdaterade kontaktlistor tillgängliga?

Målgrupper. Vilka är förvaltningens primära och sekundära målgrupper för kommunikation vid störning?

Kanaler. Vilka är de huvudsakliga kanalerna för kommunikation vid störning?

Samverkan internt och externt. Med vilka ska samverkan ske inom förvaltningen, med andra regionverksamheter och med andra aktörer?

Mandat att fatta beslut. I en krissituation är utgångspunkten likhetsprincipen. Den som vanligtvis fattar beslut gör det även i en krissituation. Om det finns särskilda mandat utifrån en hur krisarbetet organiseras bör dessa mandat fastslås i den lokala planen.

Utbildning och övning. Har kommunikationsansvariga i beredskapsorganisation relevant utbildning och övning för att kunna fungera i sin roll vid en störning?

Alternativ/reservrutiner. Vilka alternativ och reservrutiner finns?

Om-/invärldsbevakning. Hur ska om-/invärldsbevakningen fungera, vilka redskap finns till hands och hur ska bevakningen presenteras?

Uthållighet. Hur ska kommunikationsfunktionen upprätthållas i ett längre perspektiv om krisen varar i tre dagar, en vecka eller längre?

5.2 Bilaga: Loggbok

En loggbok ska innehålla följande uppgifter:

- Datum
- Tid
- Vad/händelse
- Information från

- Information till
- Beslut
- Åtgärd
- Vem/ansvarig
- Uppföljning av beslut
- Övrigt

5.3 Bilaga: Lägesbild

- Detta har hänt
- Informationens källa, från vem kom informationen
- Händelsens omfattning
- Händelsens konsekvenser
- Vidtagna åtgärder
- Planerade åtgärder
- Kontakter (tagna och planerade)
- När och av vem ges mer information
- Eventuellt budskap
- Lägesbild skapad av (namn – klockslag - telefonnummer)

5.4 Bilaga: Kommunikativ lägesbild

Den kommunikativa lägesbilden skapas genom att följande frågor besvaras:

- Hur beskriver vi kortfattat vad som har hänt och vilka åtgärder vi har vidtagit?
- Vilka målgrupper behöver vi kommunicera med?
- Hur ser gruppernas informationsbehov ut på kort och lång sikt?
- Vilka kommunikationsåtgärder har vi vidtagit?
- Hur ser omvärldens bild av händelsen ut? Är denna bild korrekt?
- Hur stort är informationstrycket från allmänhet och medier?
- Vilka vanliga frågor får vi via sociala medier/växel/e-post/upplysningscentral?
- Vilka kommunikationsinsatser har vi planerat för?
- Räcker våra kommunikationsresurser på kort och lång sikt?

Protokoll från östra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017-01-27

§ 2

Tilläggsöverenskommelse 2017 med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om ersättning för produktion över takvolym, så kallat brutet tak

Diarienummer HSNÖ 2016-00143

Beslut

1. Östra hälso- och sjukvårdsnämnden godkänner, för sin del, tilläggsöverenskommelse 2017 med styrelsen för Skaraborgs sjukhus om ersättning för vård över takvolym, så kallat brutet tak.

Sammanfattning av ärendet

En tilläggsöverenskommelse mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs sjukhus om ersättning för produktion över takvolym har tagits fram. Ersättning utgår med den rörliga delen i den nu gällande ersättningsmodellen.

Regionstyrelsens har beslutat (dnr RS 2016-05992) om fördelning av 250 miljoner kronor till hälso- och sjukvårdsnämnderna för att teckna tilläggsöverenskommelser med akutsjukhusen i syfte att stimulera till ökad produktivitet genom ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om ersättningsmodell (dnr HS 2016-00638) innebär att fördelningen ger Skaraborgs sjukhus ett indikativt belopp om 35 miljoner kronor för produktion över tak.

MBL förhandling sker den 23 januari 2017.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2016-12-22
- Tilläggsöverenskommelse 2017 om brutet tak

Skickas till

- Jörgen Thorn, sjukhusdirektör Skaraborgs sjukhus, för genomförande
- Styrelsen för Skaraborgs sjukhus, för genomförande

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tilläggsöverenskommelse 2017:2

mellan
östra hälso- och sjukvårdsnämnden
och
styrelsen för Skaraborgs sjukhus

om ersättning för produktion över takvolym, så kallat brutet tak

Diarienummer HSNÖ 2016-0143
Diarienummer SkaS 2016-00694

Tilläggsöverenskommelse för år 2017

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs sjukhus har fattat beslut att teckna en tilläggsöverenskommelse för år 2017 om en ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak.

Bakgrund

Enligt beslut i Regionstyrelsen den 27 september 2016 (Dnr RS 2016-05992) har ett sammanlagt utrymme på 250 miljoner kr getts till hälso- och sjukvårdsnämnderna för att teckna tilläggsöverenskommelser med akutsjukhusen i syfte att stimulera till ökad produktivitet genom ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har 19 oktober 2016 (Dnr HS 2016-00638) därefter beslutat om en ersättningsmodell för det brutna taket. I detta beslut anges en fördelning av det totala beloppet genom s.k. indikativa belopp per sjukhus enligt följande:

SU	115 mnkr
NU	40 mnkr
SÄS	30 mnkr
SkaS	35 mnkr
Alingsås	5 mnkr
Kungälv	10 mnkr
Ofördelat	15 mnkr

Regiondirektören har meddelat ett förtydligande angående ersättningsmodellen den 8 november 2016 (Dnr HS 2016-00638).

Eftersom samtliga sjukhus ställt sig beredda att kunna uppnå tilläggsvolymen motsvarande minst ovanstående belopp tecknas härigenom följande tilläggsöverenskommelse mellan Skaraborgs sjukhus och östra hälso- och sjukvårdsnämnden

Ersättningsutrymme

Det maximalt möjliga tilläggsbeloppet utöver gällande vårdöverenskommelse för Skaraborgs sjukhus är 35 mnkr. Principerna för ersättning utöver tak framgår av ovan nämnda förtydligande och innebär att tillkommande ersättning utgår med den rörliga delen i den nu gällande ersättningsmodellen (t.ex. somatisk vård 50 %).

Uppföljning

Uppföljning av såväl ersättningsmodell med brutna tak som utförda vårdvolymen görs i samband med delårsbokslut och koncernprognos 2017. Uppföljningen fungerar som kontrollstation och ska ge möjlighet att vid behov omfördela resurser mellan sjukhusen under 2017 för att utnyttja VGR:s samlade kapacitet. Om Skaraborgs sjukhus planerar för en annan periodisering av utrymmet för det höjda taket, än den som gäller för grundöverenskommelsen enligt VÖK, ska den meddelas hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med delårsbokslutet per mars 2017.

LE UBH

Totalt ersättningsutrymme 2017

För Skaraborgs sjukhus del innebär detta beslut följande förändring av ersättningsutrymmet:

Ersättningstak enligt vårdöverenskommelse	3 678 225 tkr
Ytterligare ersättningsutrymme enligt denna överenskommelse	35 000 tkr
Totalt ersättningstak	3 713 225 tkr

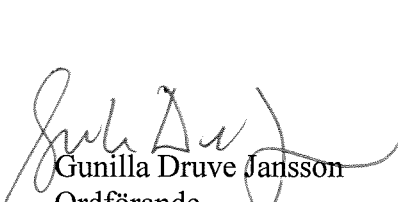
I ovanstående belopp ingår inte ersättning för sjukhusets andel av planerade tillgänglighetsvolymmer.

Underskrifter

Denna tilläggsöverenskommelse har uppnåtts mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs sjukhus.

VÄSTRA GÖTALAND

Datum 2017-01-27

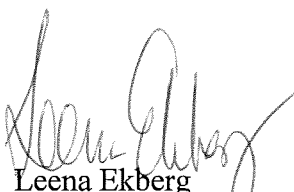


Gunilla Druve Jansson
Ordförande
östra hälso- och sjukvårdsnämnden

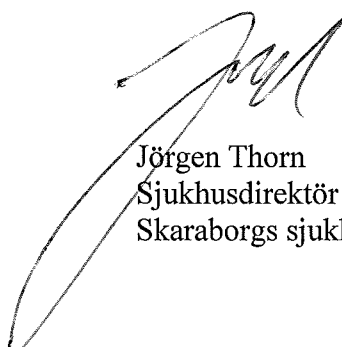
Datum 2017-03-01



Ulla-Britt Hagström
Ordförande
styrelsen för Skaraborgs sjukhus



Leena Ekberg
Ansvarig tjänsteman
Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal



Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör
Skaraborgs sjukhus