

Mötesbok: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (2017-04-20)

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Datum: 2017-04-20

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde, konferensrum Solrosen

Dagordning

Kallelse

Kallelse Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2017-04-20

Beslutsärenden

§ 20 Delårsrapport mars 2017 Skaraborgs Sjukhus

§ 21 Dagsjukvårdsenhet Skaraborgs Sjukhus Mariestad

§ 22 Miljöplan för Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

§ 23 Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

§ 24 Remiss - Policy för styrning i Västra Götalandsregionen

§ 25 Övriga frågor

Delegeringsärenden

Förändringar i attestantförteckningen 2017-03-31

Anställningsbeslut Skaraborgs Sjukhus mars 2017

Anmälningensärenden

Förändrad tidplan för vårdöverenskommelseprocessen

Regionfullmäktiges beslut om Rese- och mötespolicy samt riktlinjer

Beslut från regionstyrelsen 2017-02-21, § 38, Detaljbudget 2017

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut angående Regionuppdrag hjärtsjukvård

Studentforum - dialog med studentkårerna i Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsens beslut Riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2022

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Utveckling av ersättningssystem för sjukhusen

Protokollsutdrag § 29 från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Regionuppdrag astma och KOL

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut angående Användning av avsatta medel för barn- och ungdomspsykiatri

Information

Öppethållande sommaren 2017

Arbetstidsschema, lönesituation, kompetensförsörjning

Förlossningsskador

Inspektion av Miljösamverkan Skaraborg

Information från presidiet

Sjukhusdirektörens information

Ändrat datum för informationsdag till styrelsen från verksamhetschefer SkaS

Informationsdag om FoU-verksamheten på SkaS - förslag förmiddag 26/10 innan ordinarie styrelsemöte.

Kallelse/Föredragningslista

Sammanträde med Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 20 april 2017

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde, konferensrum Solrosen

Tid: Kl. 13:00 - 16:00

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

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare
- Justeringsdatum
- Föregående protokoll
- Eventuella beslut om närvarorätt
- Eventuella beslut om yttranderätt
- Eventuella övriga frågor

Beslutsärenden

1. Delårsrapport mars 2017 Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SKAS 2017-00282
Åsa Ranbro Jansson
2. Dagsjukvårdsenhet Skaraborgs Sjukhus Mariestad
Diarienummer SKAS 2017-00292
Eva Sundström
3. Miljöplan för Skaraborgs Sjukhus 2017-2020
Diarienummer SKAS 2017-00223
Eva Sundström
4. Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus 2017-2020
Diarienummer SKAS 2017-00220
Lena Brodén
5. Remiss - Policy för styrning i Västra Götalandsregionen
Diarienummer SKAS 2017-00118
Eva Sundström
6. Övriga frågor

Delegeringsärenden

1. Förändringar i attestantförteckningen 2017-03-31
Diarienummer SKAS 2017-00195
2. Anställningsbeslut Skaraborgs Sjukhus mars 2017
Diarienummer SKAS 2017-00304

Anmälningensärenden

1. Förändrad tidplan för vårdöverenskommelseprocessen
Diarienummer SKAS 2017-00264
2. Regionfullmäktiges beslut om Rese- och mötespolicy samt riktlinjer
Diarienummer SKAS 2017-00205
3. Beslut från regionstyrelsen 2017-02-21, § 38, Detaljbudget 2017
Diarienummer SKAS 2017-00206
4. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut angående Regionuppdrag
hjärtsjukvård
Diarienummer SKAS 2017-00215
5. Studentforum - dialog med studentkårerna i Västra Götalandsregionen
Diarienummer SKAS 2017-00221
6. Regionstyrelsens beslut Riktlinje för flaggning vid Västra
Götalandsregionens verksamheter 2017-2022
Diarienummer SKAS 2017-00254
7. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Regionuppdrag till följd av
uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och
beroende
Diarienummer SKAS 2017-00291
8. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut Utveckling av ersättningssystem för
sjukhusen
Diarienummer SKAS 2017-00290
9. Protokollsutdrag § 29 från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde
den 22 februari 2017 - Regionuppdrag astma och KOL
Diarienummer SKAS 2017-00210
10. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut angående Användning av avsatta
medel för barn- och ungdomspsykiatri
Diarienummer SKAS 2017-00216

Information

- A. Öppethållande sommaren 2017
Eva Sundström, Marga Brisman
- B. Arbetstidsschema, lönesituation, kompetensförsörjning
Marie Rodert
- C. Förlossningsskador
Gerald Wallstersson, Jane Johansson
- D. Inspektion av Miljösamverkan Skaraborg
Eva Sundström
- E. Information från presidiet
- F. Sjukhusdirektörens information
- G. Ändrat datum för informationsdag till styrelsen från verksamhetschefer
SkaS
- H. Informationsdag om FoU-verksamheten på SkaS - förslag förmiddag
26/10 innan ordinarie styrelsemöte

Ulla-Britt Hagström
Ordförande

Tänk på miljön

Res gärna kollektivt (www.vasttrafik.se)

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-04-10

Diarienummer SKAS 2017-00282

Västra Götalandsregionen

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Åsa Ranbro Jansson

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till sjukhusstyrelsen SkaS

Delårsrapport mars 2017 Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner ”Delårsrapport mars 2017 Skaraborgs Sjukhus”.

Sammanfattning av ärendet

Delårsrapporten per mars innehåller en uppföljning av regionfullmäktiges mål inom områdena miljö, psykisk ohälsa, patientens ställning, den medicinska kvaliteten, karriär- och kompetensutveckling samt arbetsmiljö.

En fördjupad uppföljning har även gjorts inom områdena verksamhet, personal och ekonomi.

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Förvaltningschef

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

Bilaga

- Delårsrapport mars 2017 Skaraborgs Sjukhus

Besluten skickas till

- Regionstyrelsen

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-04-11

Diarienummer SKAS 2017-00292

Västra Götalandsregionen

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Dagsjukvårdsenhet Skaraborgs Sjukhus Mariestad

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutar arbetet med att ställa om den tidigare mellanvårdsavdelningen på Skaraborgs Sjukhus Mariestad till dagsjukvårdsenhet ska fortsätta. Omställningsarbetet ska inriktas på att få enheten att bli en del av det framtida Närsjukvårdscentrum Mariestad.
2. Sjukhusdirektören får i uppdrag att hos ÖHSN begära finansiering av uppstartskostnader för dagsjukvårdsenheten.

Sammanfattning av ärendet

Enligt en överenskommelse med Östra hälso- och sjukvårdsnämnden (ÖHSN) skulle SkaS driva en mellanvårdsavdelning på Skaraborgs Sjukhus (SkaS) Mariestad. På grund av problem med att bemanna mellanvårdsavdelningen fattade SkaS sjukhusdirektör den 1 mars 2017 beslut om att ställa om verksamheten till dagsjukvårdsenhet.

Med anledning av SkaS beslut att ställa om verksamheten till dagsjukvård fattade ÖHSN den 24 mars 2017 beslut om att bryta tilläggsöverenskommelsen om mellanvårdsplatser från och med den 1 mars 2017. Den ekonomiska ersättningen för utförandet av uppdraget avbröts därmed också.

Dagsjukvård ingår i projektet Närsjukvårdscentrum Mariestad, och är därmed en viktig del av det större omställningsarbetet av sjukvården i Västra Götalandsregionen. Därför bör arbetet med att utveckla dagsjukvården i Mariestad fortsätta.

Dagsjukvården i Mariestad är i nuläget ofinansierad. En ny tilläggsöverenskommelse med ÖHSN avseende av verksamheten i Mariestad bör därför komma till stånd.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Enligt en tilläggsöverenskommelse i juni 2016 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden (ÖHSN) och Skaraborgs Sjukhus (SkaS) fick SkaS ett tidsbegränsat uppdrag att till och med den 31 december 2016 driva en

Datum 2017-04-11
Diarienummer SKAS 2017-00292

2 (3)

mellanvårdsavdelning på Skaraborgs Sjukhus Mariestad. Uppdraget förlängdes senare till den 31 maj 2017.

I samband med att uppdraget förlängdes fick SkaS också ett uppdrag att utveckla en dagsjukvårdsenhet i Mariestad inom ramen för projektet Närsjukvårdscentrum Mariestad. Vad avser finansiering innebär dock inte överenskommelsen att några medel avsattes för utvecklingen av dagsjukvård.

På grund av problem med att bemanna mellanvårdsavdelningen fattade SkaS sjukhusdirektör den 1 mars 2017 beslut om att ställa om verksamheten till dagsjukvårdsenhet. Beslutet fattades med den beslutanderätt som delegerats från styrelsen till sjukhusdirektören.

Utvärdering av mellanvårdsavdelningen

Mellanvårdsavdelningen i Mariestad utformades som en avdelning där utskrivningsklara och vårdplanerade patienter kunde vara i väntan på att få komma hem eller till ett särskilt boende.

På uppdrag av ÖHSN gjorde konsultbolaget Governo en utvärdering av mellanvårdsavdelningen i Mariestad. Utvärderingen avsåg perioden september-december 2016. Resultatet av utvärderingen presenterades för SkaS styrelsen på sammanträdet den 15 mars.

I rapporten drar man slutsatsen att det inte fanns något behov av en mellanvårdsavdelning i den form som SkaS fick i uppdrag att bedriva. Inte förrän man strök kravet på att patienternas vårdplanering skulle vara slutförd började patienter flyttas över till avdelningen.

För patienterna har mellanvårdsavdelningen inte inneburit någon uppenbar nackdel och omvårdnaden har varit omvittnat god. För personalen har situationen däremot varit svårare, inte minst för avdelningens sjuksköterskor som fått lägga stor tid på administrativa arbetsuppgifter för att färdigställa utskrivningarna. För övriga intressenter, till exempel kommuner, primärvård och mobil närvård, har mellanvårdsavdelningen varken underlättat eller tillfört något. I vissa fall har den snarare försvårat och skapat otydlighet i vårdplaneringsarbetet.

Bruten tilläggsöverenskommelse

Med anledning av SkaS beslut att ställa om verksamheten till dagsjukvård fattade ÖHSN den 24 mars 2017 beslut om att bryta tilläggsöverenskommelsen om mellanvårdsplatser från och med den 1 mars 2017. Den ekonomiska ersättningen för utförandet av uppdraget avbröts därmed också.

I östra hälso- och sjukvårdsnämndens beslut att bryta överenskommelsen nämns endast mellanvårdsplatser. Om beslutet också innebär att SkaS inte längre har nämndens uppdrag att utveckla dagsjukvården i Mariestad framgår inte. Däremot ingår dagsjukvård i projektet Närsjukvårdscentrum Mariestad, och är därmed en viktig del av det större omställningsarbetet av sjukvården i Västra Götalandsregionen. Därför bör arbetet med att utveckla dagsjukvården i Mariestad fortsätta.

Datum 2017-04-11
Diarienummer SKAS 2017-00292

3 (3)

Finansiering

Dagsjukvården i Mariestad är i nuläget ofinansierad. En ny tilläggsöverenskommelse med ÖHSN avseende av verksamheten i Mariestad bör därför komma till stånd.

Genomförande av beslut

Sjukhusdirektören får i uppdrag att fortsätta arbete med att utveckla en dagsjukvårdsenhet på Skaraborgs Sjukhus Mariestad samt att hos ÖHSN begära finansiering av uppstartskostnader för dagsjukvårdsenheten.

Beredning

2017-03-13 MBL
2017-04-06 SkaS presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Stf sjukhusdirektör

Besluten skickas till

För genomförande

- Sjukhusdirektören Skaraborgs Sjukhus

För kännedom

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-29

Diarienummer SKAS 2017-00223

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Sigmar Gericke

Telefon: 0500-413 134

E-post: sigmar.gericke@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Miljöplan för Skaraborgs Sjukhus 2017-2020**Förslag till beslut**

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner *Miljöplan för Skaraborgs Sjukhus 2017-2020*.

Sammanfattning av ärendet

Miljömål för Skaraborgs Sjukhus har tagits fram utifrån Västra Götalandsregionens Miljöplan 2017-2020. Västra Götalandsregionens Miljöplan omfattar alla förvaltningar och bolag samt verksamheter som arbetar på uppdrag av Västra Götalandsregionen. Miljöplanen innehåller de sju målområdena transporter, energi, produkter och avfall, medicinska gaser, läkemedel, kemikalier och livsmedel.

I miljöplanen framgår vilka åtgärder som krävs för att målen ska uppnås och vilka nämnder och styrelser som har huvud- och stödjande ansvar för att åtgärderna genomförs. Mål och åtgärder i miljöplanen följs årligen upp på koncernövergripande nivå i samband med årsredovisningen.

Miljöplan Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

Västra Götalandsregionens miljöplan för 2017-2020 anger våra övergripande miljömål. Miljöplanen antogs av regionfullmäktige i oktober 2016 och omfattar alla Västra Götalandsregionens förvaltningar, bolag och verksamheter som arbetar på uppdrag av Västra Götalandsregionen.

Utifrån de regionala mål som sjukhusstyrelserna har ett särskilt ansvar för att arbeta med har miljöplan utformats för Skaraborgs Sjukhus, enligt bilaga 1. Delar av målen är under arbete och kommer inte målsättas för 2017. Dock kommer alla målområden i miljöplanen att följas upp med start 2017.

Uppföljningen av resultaten av miljöarbetet sker dels utifrån SkaS miljöplan 2017-2020 men också utifrån SkaS miljödiplomering (miljörevision). Miljödiplomeringen är en utveckling av SkaS miljöledningssystem med syftet att konkretisera vad verksamheterna behöver arbeta med för att bidra till uppfyllelse av beslutade miljömål.

Datum 2017-03-29
Diarienummer SKAS 2017-00223

2 (2)

Beredning

2017-04-06 SkaS presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Servicechef

Bilaga

- Miljöplan Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

Ytterligare information

[Västra Götalandsregionens Miljöplan 2017–2020](#)

Besluten skickas till

För genomförande

- Sigmar Gericke, controller
- Thommy Johansson, utvecklingsledare

Miljöplan för Skaraborgs Sjukhus 2017

Regionala måltal som berör Skaraborgs Sjukhus

Utifrån de regionala mål som sjukhusstyrelserna har ett särskilt ansvar för att arbeta med har miljöplan utformats för Skaraborgs Sjukhus, enligt nedan. Delar av målen är under arbete och har inte kunnat målsättas för 2017, nuläge kommer även uppdateras till första uppföljningen. Men alla målområden i miljöplanen kommer att följas upp med start 2017.

MÅL	STYRTAL	NULÄGE	MÅLTAL			
		2016	2017	2018	2019	2020
Transporter						
Minska CO2-utsläppen	Andelen leasade fordonsgas-, laddhybrider och elfordon ska öka.		2 %			
	Minskning av antal resta mil med privat bil i tjänsten.		2 %			
	Andel medarbetare på ambulansenheter som genomgått Trafikverkets snabbkurs (el. motsvarande) i sparsam körning ska öka.		80 %			
Energi						
Minska onödig energianvändning från utrustning.	Andel enheter som genomför energirond enligt checklista på Miljöfunktionen (eller motsvarande) ska öka.		50 %			
Produkter och avfall						
Fler inventarier går till återanvändning i regionen eller via EDC/Möbelbruket .	Antalet inventarier som går till återanvändning ska öka		10 %			
Minska matsvinn från patientbrickor	Minskning i gram/portion jämfört med 2016 genom relevanta och effektiva beställningar samt nyttjande av matlådor och andra alternativ från köket.		10 %			
Öka kvaliteten på källsorterat avfall.	Andel enheter som har förutsättningar (källsorteringsmöbler m.m.) för källsortering ska öka.		90 %			
Öka andelen inköpta inventarier från Gröna listan.	Andel inventarier från Gröna listan ska öka.					
Kemikalier						
Minska användningen av	Andel ämnen på SIN-listan ska minska		2 %			

MÅL	STYRTAL	NULÄGE	MÅLTAL				
			2016	2017	2018	2019	2020
kemikalier och kemiska produkter på SIN-listan ¹ .							
Minska användningen av kemikalier och kemiska produkter på PRIO-listan ² (utfasnings- respektive prioriterade riskminskningsämnen).	Andelen PRIO-ämnen ska minska.		2 %				
Läkemedel		Målsätts till 2018 efter dialog med patientsäkerhetsfunktionen.					
Rationell användning av antibiotika	Utifrån regional patientsäkerhetsplan 2017: Minskad total användning av antibiotika på rekvisition (DDD/vårddygnet och år). DDD = definierad dygnsdos – Mål 10 %						
Rationell användning av antibiotika	Utifrån regional patientsäkerhetsplan 2017: Minskad andel DDD penicillin/penicillin+cefalosporiner+piperacillin-tazobactam på rekvisition – Mål < 2016						
Minska ordination av identifierade miljöbelastande preparat	Utifrån regional patientsäkerhetsplan 2017: Andel patienter med misstänkt afebril urinvägsinfektion som initialt behandlas med kinoloner ska minska – Mål < 10 %						
Minska ordination av identifierade miljöbelastande preparat	Minskad användning av diklofenak/cox-hämmare						
Minska kassationen av läkemedel	Kontinuerligt arbete med sortimentsbegränsning. Finns ett regionalt sortimentsråd som arbetar med sortimentsbegränsning. Sortimentsanalyser genomförs på alla vårdenheter, produkter som inte längre beställs alt. förbrukas lite av tas bort från	Uppgift saknas. Kassation svår att följa upp/mäta					

MÅL	STYRTAL	NULÄGE	MÅLTAL				
			2016	2017	2018	2019	2020
	PNL. Sällanläkemedel förvaras i VNL. Löpande översyn av läkemedels hållbarhet görs på vårdenheter med PNL-service. Läkemedel med kort hållbarhet flyttas till andra enheter med behov.						
Öka kunskapen om läkemedels miljöpåverkan	Utformas vidare						
Medicinska gaser							
Insamling av lustgas till destruktion effektiviseras							
Tillförsel av centralt distribuerad lustgas till verksamheter som har en icke frekvent användning av lustgas stängs av	Dialog med Västfastigheter om vilka enheter som berörs av detta mål. Därefter dialog med berörda enheter.						
Utreda åtgärder för att minska utsläppen av övriga klimatpåverkande medicinska gaser ³	Läkemedelsenheten kan ta fram uppgifter om vilka enheter som beställer samt volymer. Dialog inleds med berörda enheter om tänkbare åtgärder.		< 2016				
Medicinskt material							
Tak- och väggmonterade enheter samt ansluten (ej monterad) utrustning kontrolleras kontinuerligt och åtgärdas	Dialog med Västfastigheter om hur många/vilka enheter som berörs av detta mål samt om de själva är involverade i detta mål. Därefter dialog med berörda enheter om bl.a. kunskap/kompetens att åtgärda eventuella brister						

¹ Lista på ämnen som enligt organisationen Chemsec uppfyller EUs kriterier för att klassas som särskilt farliga ämnen (SVHC), och därmed borde tas upp på kandidatförteckningen.

² Utfasningsämnen: Ämnen utpekade av Kemikalieinspektionen för att de har så farliga egenskaper att de inte bör användas eller släppas ut i miljön. Hit räknas ämnen som är exempelvis cancerframkallande, mutagena, hormonstörande och ozonstörande.

Prioriterade riskminskningsämnen: Ämnen utpekade av Kemikalieinspektionen för att de bör ges särskild uppmärksamhet. Ämnena måste alltid bedömas i den aktuella användningen och utifrån den risk som då kan uppkomma. Till denna grupp hör ämnen som exempelvis har hög akut giftighet, är allergiframkallande eller miljöfarliga.

³ Sevofluran, isofluran och desfluran.

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-01

Diarienummer SKAS 2017-00220

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Lena Brodén

Telefon: 0500-431 989

E-post: lena.broden@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner *Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus 2017-2020*.

Sammanfattning av ärendet

I den regionala säkerhetsstrategin (RS 572-2011) uppmanas alla förvaltningar till upprättande av handlingsplaner - säkerhetsplaner - med aktiviteter och framgångsfaktorer som leder mot de regionala säkerhetsmål, som årligen följs upp och redovisas till regionstyrelsen.

Det är nu tid att förnya Skaraborgs Sjukhus (SkaS) säkerhetsplan och denna gång utformas den som en flerårsplan för en bättre långsiktighet i säkerhetsarbetet. Hänsyn har tagits bland annat till resultat i tidigare säkerhetsredovisningar, men även från identifierade riskområden. Underlag för kontinuerliga uppföljningar av säkerhetsläget inhämtas bland annat från riskanalyser, avvikelserapporter i MedControl, våktarrapporter, TiB-dokumentation, regionalt och kommunlokalt nätverkande samt polisanmälningar.

Säkerhetsfrågorna har på senare år allt oftare förekommit på ledningens agenda och det numera utvecklade och nära samarbetet med patientsäkerhetsfunktionen har haft en gynnsam effekt som bör värnas om och stöds av föreslagen plan.

Säkerhetsplan 2017-2020 har upprättats inom Trygghetscentralen och varit på remiss inom SkaS Riskhanteringsgrupp (RHG) samt biträdande sjukhusdirektörer. Inkomna synpunkter har beaktats.

Beredning

2017-03-14 Sjukhusledning stab

2017-03-21 Sjukhusledning verksamhet

2017-03-27 MBL

2017-04-05 Skas presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Servicechef

Bilaga

- Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus 2017-2020

Besluten skickas till

För genomförande

- Enhetschef trygghetscentralen

Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid SkaS 2017-20

Handlingsplan för säkerhetsarbetet vid Skaraborgs Sjukhus (SkaS) tar avstamp i Nationell Säkerhetsstrategi, Regeringskansliet 2017, samt Regional säkerhetsstrategi, Dnr: RS 572-2011 (ny version väntas mot slutet av 2017), med synen att liv och hälsa står över allt annat som skyddsvärt. Övergripande mål formuleras med det som bakgrund. Planen ingår som en del i SkaS övergripande styr- och ledningssystem. Ett antal aktiviteter under varje målområde utgör själva handlingsplanen för att ytterligare höja säkerhetsnivån inom SkaS.

Handlingsplanen för säkerhetsarbetet är avsett som ett dynamiskt arbetsredskap, eftersom förutsättningarna kontinuerligt förändras. Ett exempel på detta är det senaste årets nationella fokus på att återetablera beredskapsförmågan för att stå rustade vid en samhällskris eller krig.

Ansaret för säkerhetsarbetet följer delegationsordningen. SkaS Trygghetscentral finns att tillgå för råd och stöd i säkerhetsarbetet.

Mål 1

Att förebygga mänskligt lidande, skador, skadeverkningar och kostnader förorsakade av förluster, kriser och oönskade händelser samt att VGR:s egna och externt hyrda lokaler säkerhetsklassificeras enligt modell som Västfastigheter tillhandahåller.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-2020
Systematisk avvikelsehantering	Fortlöpande utbildningar och stöd till verksamheten för ökad avvikelserapportering. Ansvarig & handläggare: Respektive verksamhetschef.
Förvaltningsövergripande Risk- och sårbarhetsanalys minst vartannat år	Robust kontinuitetsplanering, regionalt projekt med Risk- och sårbarhetsanalys i förvaltnings-samverkan. Ansvarig & handläggare: Säkerhetschef
Säkerhetsklassificering av lokaler Arbeta efter visionen att helt byta traditionella nycklar mot andra nyckelmedia (kort/koder)	Upprätta inriktningsdokument avseende fysiskt tillträde i samverkan med VF. Fortsatta skalskyddsåtgärder i takt med alla större och mindre lokalförändringar och nybyggnationer. Översyn av skyddsrum samt säkerställande av deras funktion enligt MSB:s direktiv. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef & Enhetschef Lokaler & Utrustning

Aktiv brottsbekämpning	Med stöd av fysiska tillträdesavgränsningar, säkra lokaler och kontinuerliga personsäkerhetsutbildningar minskar antalet hot- och våldshändelser samt öka andelen polisanmälningar av desamma. Minska antalet stöldar inom SkaS genom brottsförebyggande åtgärder, tex stöldskyddsmärkning, kontinuerliga anpassningar av bevakning, följsamhet värdesakshantering. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef
------------------------	---

Mål 2

Att säkerhetsarbetet i regionens verksamheter blir en ledningsfråga och kopplas till en tydlig beslutsordning i styrelser och nämnder.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Regelbunden ledningsgenomgång av säkerhetsfrågor.	Årlig revidering av handlingsplan för säkerhetsarbetet. Kompletteringar med stöd av bla risk- och sårbarhetsanalysers resultat. Ansvarig: Förvaltningschef. Handläggare: Säkerhetschef. Kontinuerliga möten i SkaS riskhanteringsgrupp (RHG) med avrapporteringar till sjukhusledning och styrelse avseende större säkerhetsfrågor och incidenter. Ansvarig: Riskhanteringsgruppens ordförande. Repetitionsutbildning för sjukhusledning och sjukhusstyrelse avseende personsäkerhet. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef

Mål 3

Att Västfastigheter ansvarar för fastighetsbunden teknisk säkerhet i VGR:s egna och externt hyrda lokaler.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Västfastigheter har ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar till 100 procent	Fortsatt överlämning av ansvaret för säkerhetssystemets tekniska delar avseende externt hyrda lokaler. Ansvarig: Västfastigheter Handläggare: Säkerhetschef. Säkerställande teknisk drift av medicinska akutlarm. Ansvarig: Västfastigheter/VGR-IT Handläggare: Säkerhetschef Säkerställande teknisk drift personsökarsystem. Ansvarig: Västfastigheter/VGR-IT Handläggare: Säkerhetschef

Mål 4

Att SkaS inrättar en Trygghetscentral med förmåga att utöver egen förvaltning erbjuda andra VGR-interna förvaltningar administrativa säkerhetstjänster.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Inrättande av regional Trygghetscentral med placering i Skövde	Pågående regionalt projekt beräknas klart 2018. Tjänsteutbud, prissättningar mm Ansvarig: Förvaltningschef. Handläggare: Säkerhetschef

Mål 5

Att förvaltningar, var för sig eller i samverkan, etablerar en ändamålsenlig risk- och krishanteringsorganisation och upprättar kontinuitetsplaner som beskriver hur verksamhet ska bedrivas när det oönskade inträffar.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Etablerad risk- och krishanteringsorganisation	Fortsatt aktivt arbete i den lokala TiB-organisationen (Tjänsteman i Beredskap) med avrapporteringar till RHG och sjukhusledning. Ansvarig: Säkerhetschef Övergripande krisövning på ledningsnivå (SSL) samt på verksamhetsnivå. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Beredskapssamordnare
Handlingsplan för säkerhetsarbete	Årlig revidering av säkerhetsplan upprättad 2017 Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef Årlig regional redovisning av säkerhetsläget inom SkaS. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef
SkaS-övergripande kris- och katastrofplan	Kontinuerlig och fortlöpande revidering, tex pga ändrade hotbilder, justeringar larmlistor mm. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Beredskapssamordnare
Tydliga ansvars- och kommunikationsvägar 24-7-365	Underhåll av reservrutiner vid driftstopp i telefoni samt implementering i alla verksamheter. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: Säkerhetschef, Beredskapssamordnare, Informationschef

Mål 6

Att säkerhetskultur och utbildning i personsäkerhet utvecklas i VGR:s verksamheter.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Utbildning i personsäkerhet för all personal minst vart tredje år	Revidering av utbildningsmaterial, genomförande av utbildningar. Ansvarig & handläggare: Säkerhetschef
Mätning av säkerhetskultur	Utförs i form av årliga patientsäkerhetsmätningar och medarbetarenkäter. Ansvarig & handläggare: Patientsäkerhetsfunktionen samt linjechefer.

Mål 7

Att rätt och riktig information når rätt mottagare i rätt tid.

Mål	Planerade Aktiviteter 2017-20
Klassificerade processer och digitala informationsmängder	Vissa typer av digital information är regiongemensam och bör klassificeras gemensamt i regionen. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: SIS, informationssäkerhetssamordnare.
Kända reservrutiner/kontinuitetsplaner vid driftstörningar inom IT	Reservrutiner IT-system. Del av robust kontinuitetsplanering, mål 1. Tillägg i kris- och katastrofplanen. Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: SIS, Informationssäkerhetssamordnare
Uöversyn verksamhetens behov av utlämnande av tjänste-ID+ samt behörighetshantering olika tider på dygnet (fler system kräver inlogg med kort)	Följa SkaS rutiner för behörighetstilldelning och tjänste-ID+ Ansvarig: Förvaltningschef Handläggare: ORA, Trygghetscentralen

SKARABORGS SJUKHUS

Lena Brodén
Säkerhetschef

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-04-11

Diarienummer SKAS 2017-00118

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Remiss - Policy för styrning i Västra Götalandsregionen

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner förslaget till remissyttrande.

Sammanfattning av ärendet

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har mottagit ett förslag till policy för styrning i Västra Götalandsregionen (VGR). Förslaget är framtaget av Koncernkontoret på uppdrag av regionstyrelsen och har skickats till samtliga nämnder, styrelser och bolag på remiss. Policyn ska beslutas av regionfullmäktige.

Policyn är framtagen för att översiktligt beskriva de grundläggande principerna för styrning i VGR och ska visa att de olika delarna bildar en helhet.

Utgångspunkten är kommunallagens (KL) bestämmelse om nämndernas ansvar för verksamheten och att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt (6 kap. 7 § KL).

Förslaget till policy är i allmänhet bra, styrningen av VGR beskrivs på ett enkelt och tydligt sätt. Den redogör för respektive nämnds ansvar för verksamheten och den interna kontrollen samt relationerna mellan regionfullmäktige, regionstyrelse, nämnder och bolag, förvaltningar och andra aktörer.

Förvaltningen vill dock lämna några synpunkter på förslaget:

Policy för styrning i Västra Götalandsregionen, sid 3

Fjärde stycket inleds med *Intern kontroll är en naturlig del av styrningen i Västra Götalandsregionen*. Värdeordet *naturlig* fyller ingen funktion och bör tas bort.

Relationer mellan nämnder och styrelser samt andra aktörer, sid 5

- Ordet *kontrakt* kan tas bort från den förklarande bilden eftersom det är avtal som nämns i texten.
- Sista stycket ger sken av att vara en uttömmande lista över de situationer då avtal sluts med andra aktörer. Avtal kan dock slutas med såväl enskilda som kommuner och myndigheter på andra grunder. Exempel på detta är personuppgiftsbiträdesavtal eller avtal inom ramen för Vårdsamverkan.

Datum 2017-04-11
Diarienummer SKAS 2017-00118

2 (2)

Relationen till nämndens/styrelsens förvaltning, sid 5

- Första meningen i första stycket bör omformuleras. Förslag: *Nämnder och styrelser styr verksamheten genom att besluta om bland annat detaljbudget, instruktion till förvaltningschef/VD samt riktlinjer och rutiner.*

Beredning

2017-04-06 SkaS presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Stf sjukhusdirektör

Bilaga

- Förslag till remissyttrande
- Policy för styrning av Västra Götalandsregionen (remissversion)

Beslutet skickas till

- Regionstyrelsen, regionstyrelsen@vgregion.se

Remissyttrande

Datum 2017-04-20

Diarienummer SKAS 2017-00118

Ert diarienummer RS 2017-00110

Regionstyrelsen

regionstyrelsen@vgregion.se

Policy för styrning av Västra Götalandsregionen

Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har fått möjlighet att lämna synpunkter på förslaget till policy för styrning av Västra Götalandsregionen (VGR).

Förslaget till policy är i allmänhet bra, styrningen av VGR beskrivs på ett enkelt och tydligt sätt. SkaS vill dock lämna några synpunkter:

Policy för styrning i Västra Götalandsregionen, sid 3

Fjärde stycket inleds med *Intern kontroll är en naturlig del av styrningen i Västra Götalandsregionen*. Värdeordet *naturlig* fyller ingen funktion och bör tas bort.

Relationer mellan nämnder och styrelser samt andra aktörer, sid 5

- Ordet *kontrakt* kan tas bort från den förklarande bilden eftersom det är avtal som nämns i texten.
- Sista stycket ger sken av att vara en uttömmande lista över de situationer då avtal sluts med andra aktörer. Avtal kan dock slutas med såväl enskilda som kommuner och myndigheter på andra grunder. Exempel på detta är personuppgiftsbiträdesavtal eller avtal inom ramen för Vårdsamverkan.

Relationen till nämndens/styrelsens förvaltning, sid 5

- Första meningen i första stycket bör omformuleras. Förslag: *Nämnder och styrelser styr verksamheten genom att besluta om bland annat detaljbudget, instruktion till förvaltningschef/VD samt riktlinjer och rutiner.*

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Ulla-Britta Hagström
Ordförande

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Beslutad av: Fullmäktige, ÅÅÅÅ-MM-DD

Diarienummer: RS 2017-00110

Giltighet: från ÅÅÅÅ-MM-DD till ÅÅÅÅ-MM-DD

Policy för styrning i Västra Götalandsregionen

Dokument för remiss 170202

Policyn gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Koncernavdelning ärendesamordning och kansli

Dokumentet ersätter: nytt dokument

Sammanfattning

Policy för styrning omfattar Västra Götalandsregionens samtliga nämnder och styrelser och majoritetsägda bolag. Den är framtagen för att översiktligt beskriva de grundläggande principerna för styrning i Västra Götalandsregionen och visar att organisationens olika delar bildar en helhet.

Policyn tar sin utgångspunkt i kommunallagen och dess bestämmelse om nämndernas ansvar för verksamheten och att nämnderna ska se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Policyn lägger grunden för styrande dokument/styrning på en mer detaljerad nivå

Policy för styrning i Västra Götalandsregionen

Policyn innehåller grundläggande principer för styrning i Västra Götalandsregionen. Policyn gäller för nämnder, styrelser och kommittéer samt majoritetsägda bolag. I detta dokument skrivs fortsättningsvis nämnder och styrelser.

Nämnder och styrelser ska ha en styrning av verksamheten som säkerställer att värde för invånarna uppnås. Det innebär att;

- uppdrag fullgörs och mål uppnås i enlighet med regionfullmäktiges beslut
- överenskommelser och uppdrag genomförs
- gällande lagar och andra författningar följs
- styrande dokument för Västra Götalandsregionen är kända och efterlevs
- verksamheten är effektivt och ändamålsenligt organiserad
- det finns fastställda funktioner och processer för intern kontroll

Nämnders och styrelser styrning ska vara tillräcklig för att

- planera verksamheten utifrån givna uppdrag och resurser
- genomföra verksamheten
- följa upp verksamheten utifrån väsentliga aspekter
- analysera verksamheten som grund för åtgärder och fortsatt utveckling

Intern kontroll är en naturlig del av styrningen i Västra Götalandsregionen. En tillräcklig intern kontroll innebär ett strukturerat arbetssätt som integreras i organisationen. Riktade kontrollåtgärder utförs för att inom rimliga gränser säkerställa att styrningen är tillräcklig, att målen med verksamheten kan nås och att detta sker på ett effektivt sätt. Den ska även säkerställa att regler och riktlinjer följs samt att rapportering och information i och om organisationen är tillförlitlig.

Den interna kontrollen ska vara ett redskap för ständig förbättring genom att

- identifiera, värdera och hantera risker
- följa upp, rapportera och åtgärda risker och avvikelser

Regionstyrelsen beslutar om de riktlinjer som behövs för att stödja policyns intentioner.

Styrprinciper i Västra Götalandsregionen.

Regionfullmäktige i relation till nämnder och styrelser



Regionfullmäktige tillsätter de nämnder och styrelser som utövar regionstyrelsens behovs för att fullgöra Västra Götalandsregionens uppgifter¹.

Regionfullmäktige beslutar om reglementen för nämnders/styrelserns verksamhet och arbetsformer. I reglementen fördelas och förtydligas ansvar och förutsättningar. Regionfullmäktige beslutar även om ägardirektiv för de majoritetsägda bolagen.

Regionfullmäktige ska besluta i ärenden av principiell beskaffenhet eller av större vikt, exempelvis mål och riktlinjer² för verksamheten, budget och andra styrande dokument.

Nämnder och styrelser ska rapportera till regionfullmäktige enligt regionstyrelsens anvisningar. Regionfullmäktige beslutar om ansvarsfrihet för nämnder och styrelser.

Regionstyrelsen i relation till nämnder och styrelser



Regionstyrelsen har uppsiktsplikt över nämnder och styrelser och vakar över att Västra Götalandsregionen fullgör sina åligganden inom olika verksamheter utifrån fullmäktiges beslut samt enligt lag och andra författningar.

Regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar för Västra Götalandsregionens samlade verksamhet. Samordningsansvaret utövas exempelvis genom att regionstyrelsen är Västra Götalandsregionens personalorgan, att man ansvarar för medelsförvaltningen och att man beslutar om gemensamma riktlinjer i syfte att säkerställa en sammanhållen, ändamålsenlig och effektiv styrning av Västra Götalandsregionens verksamheter.

Regionstyrelsen har ett särskilt ansvar för samordning av verksamheter som bedrivs i egen regi. Regionstyrelsen beslutar om riktlinjer för verksamhet i egen regi utifrån regionfullmäktiges eller behöriga nämnders inriktningsbeslut. Regionstyrelsen svarar för ägarstöd till verksamheter i egen regi samt övergripande samordning av stöd- och servicefunktioner. Regionstyrelsen företräder Västra Götalandsregionen i egenskap av vårdgivare för hälso- och sjukvårdsverksamheter i egen regi.

¹ Den politiska organisationen bestående av nämnder och styrelser beslutas inför varje mandatperiod. Hel- och majoritetsägda bolag regleras i särskilda beslut

² Västra Götalandsregionen har en beslutad struktur för styrande dokument. Begreppet riktlinjer i kommunallagens mening motsvaras i den beslutade strukturen av vision, måldokument, policy, budget samt plan beslutad av regionfullmäktige.

Relationer mellan nämnder och styrelser samt andra aktörer



Utifrån det ansvar som regionfullmäktige har fördelat tecknar nämnder och styrelser;

- överenskommelser med varandra.
- avtal med andra aktörer.

Beställningar och uppdrag, i form av överenskommelser tecknas inom Västra Götalandsregionen eller med av Västra Götalandsregionen majoritetsägda bolag. Överenskommelser mellan nämnder och styrelser ska föregås av samråd och ömsesidigt bekräftas inom fastställd tidsram.

Avtal med andra aktörer kan tecknas efter upphandling eller inom ramen för lagen om valfrihetssystem (LOV). Inom ramen för dels det statliga uppdraget att bedriva regional utveckling och dels för kulturområdets samverkansmodell ges också uppdrag till externa verksamheter.

Relationen till nämndens/styrelsens förvaltning



Nämnder och styrelser säkerställer att den egna styrningen verkställs bland annat genom beslut om egna styrande dokument och beslut om instruktion till förvaltningschef eller VD. I delegeringsordning kan nämnden/styrelsen överföra beslutsrätt till annan.

Nämnder och styrelser ska även säkerställa den egna styrningen genom löpande uppföljning och riktade kontrollåtgärder.

Förvaltningschef eller VD ansvarar under nämnd/styrelse för att uppdraget utförs.

Från: Mari Nilsson
Skickat: den 27 mars 2017 15:37
Till: SkasDiariet; PV Primarvården; folktandvården info; Habiliteringochhälsa
Kopia: Joakim Björck; Tomas Andersson
Ämne: Expedierat HSNÖ 2017-00043-3 - Protokollsutdrag från östra hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 24 mars 2017 - Förändrad tidplan för vårdöverenskommelseprocessen
Bifogade filer: Protokollsutdrag från östra hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 24 mars 2017 - Förändrad tidplan för vårdöverenskommelseprocessen.pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från östra hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 24 mars.
Protokollet är justerat och anslaget.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
Koncernavdelning Ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Postadress: Regionens Hus, 405 44 Göteborg
Besöksadress: Regionens Hus, Lockerudsvägen 12, 542 45 Mariestad

Tel. 010-441 3658, 072-252 32 61
E-post: mari.e.nilsson@vgregion.se

Protokoll från östra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017-03-24

§ 18

Förändrad tidplan för vårdöverenskommelseprocessen

Diarienummer HSNÖ 2017-00043

Beslut

1. Östra hälso- och sjukvårdsnämnden antecknar informationen

Sammanfattning av ärendet

Nuvarande tidplan för vårdöverenskommelseprocessen (VÖK) är inte fullt anpassad utifrån Västra Götalandsregionens budgetprocess.

Den förändrade tidsplanen innebär att förhandlingsarbetet med respektive utförare påbörjas efter sommaren då regionfullmäktiges budget är beslutad och nämndernas ekonomiska ramar är kända. En förändrad tidplan gör att delar av de personella resurserna som används i VÖK-processen kan frigöras till förmån för exempelvis förbättrad uppföljning.

En fortsatt god dialog mellan beställare och utförare är en förutsättning för att arbetssättet ska vara framgångsrikt då tidplanen medför en kortare period för den gemensamma processen att träffa överenskommelser.

För de fall förslag till överenskommelse inte kan nås på tjänstemannanivå bör det finnas beredskap för att politiskt kunna hantera kvarvarande frågor.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-03-16

Skickas till

- Berörda utförarstyrelser – för kännedom
- Joakim Björk Ekonomidirektör Koncernkontoret – för kännedom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Från: Britt-Marie Gustafsson
Skickat: den 2 mars 2017 08:52
Till: Expediering; Ann Söderström; Ann-Sofi Lodin; Christina Karlsson; Erik Lagersten; Eva Arrdal; Fredrik Adolfsson; Göran Ejbyfeldt; Joakim Björck; Johan Flarup; Marie Andreasson Röllgårdh; Marina Olsson; Staffan Rydén
Ämne: Beslut om Rese- och mötespolicy samt riktlinjer
Bifogade filer: RF § 8-2017 Rese- o mötepolicy.pdf; Rese- och mötespolicy VGR.pdf; Riktlinje för resor och möten.pdf

Översänder regionfullmäktiges beslut om **Rese- och mötespolicy samt riktlinjer** för genomförande.

Dokumentet finns också att hämta via dessa länkar:

Rese- och mötespolicy:

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/28335/Rese-%20och%20m%c3%b6tespolicy%20f%c3%b6r%20V%c3%a4stra%20G%c3%b6talandsregionen.pdf?a=false&guest=true>

Riktlinje resor och möten:

<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31053/Riktlinje%20f%c3%b6r%20t%c3%a4nsteresor%20och%20m%c3%b6ten%20i%20V%c3%a4stra%20G%c3%b6talandsregionens%20overksamheter%20.pdf?a=false&guest=true>

Med vänlig hälsning
Britt-Marie Gustafsson
Nämndsekreterare

Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Telefon: 010-441 01 42
Mobil: 0708-922 876
Epost: britt-marie.gustafsson@vgregion.se



Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

§ 8

Rese- och mötespolicy samt riktlinjer

Diarienummer RS 2016-02451

Beslut

1. Regionfullmäktige antar "Rese- och mötespolicy" att gälla för Västra Götalandsregionen och dess majoritetsägda bolag från och med den 1 maj 2017.

Sammanfattning av ärendet

Västra Götalandsregionen har en antagen resepolicy från 2008. En revidering av policyn har inletts av personalutskottet på uppdrag av regionstyrelsen den 1 september 2015, § 198. Uppdraget gavs i samband med behandlingen av Birgitta Losmans med fleras (MP) motion om nya resvanor även för förtroendevalda och chefer.

Uppdraget innebär att ta fram en reviderad resepolicy för Västra Götalandsregionen i syfte att ytterligare stärka miljöprofilen gällande regionens resor samt säkerställa implementering i nämnder, styrelser och bolag. Planering av våra möten styr i stor utsträckning hur mycket vi reser och också på vilket sätt vi reser. Det är därför av vikt att i en reviderad policy styra mot en möteskultur som innebär en minskad miljöpåverkan. Förslaget innebär därför att resepolicy utvidgas att omfatta även möten.

Förslaget har varit på remiss till ett antal nämnder och styrelser. Samtliga remissinstanser tillstyrkte förslaget till rese- och mötespolicy, men det framkom att det är viktigt att utformning och tillämpning av regelverk inte motverkar andra regionala beslut, exempelvis som berör den inomregionala balansen.

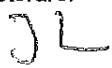
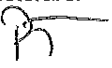
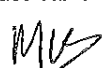
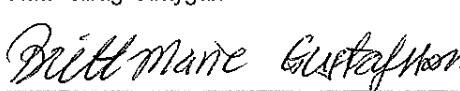
Policyn och riktlinjer föreslås gälla från och med 1 maj 2017. Det innebär att förvaltningarna och bolagen har möjlighet att under våren 2017 revidera nuvarande rutiner.

Beredning

Förslaget har remitterats till fastighetsnämnden, miljönämnden, primärvårdsstyrelsen, styrelsen för beställd primärvård, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, styrelsen för Skaraborgs sjukhus samt södra hälso- och sjukvårdsnämnden. Samtliga remissinstanser har tillstyrkt förslaget.

Policyn och riktlinjerna förhandlades i regionstyrelsens MBL-grupp den 14 november 2016.

Personalutskottet har behandlat ärendet den 23 november 2016.

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

Protokoll från regionfullmäktige, 2017-01-31

Regionstyrelsen har behandlat ärendet den 13 december 2016 och för egen del beslutat följande:

1. Regionstyrelsen fastställer ”Riktlinjer för tjänsteresor och möten i Västra Götalandsregionens verksamheter” att gälla för alla verksamheter och majoritetsägda bolag i Västra Götalandsregionen.
2. Regionstyrelsen upphäver ”praktiska tillämpningar till resepolicy för Västra Götalandsregionen” beslutade av regionstyrelsen 2008-01-22 § 2.

Yrkanden på sammanträdet

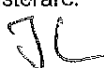
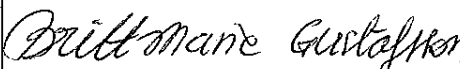
Gunilla Levén (M) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Beslutsunderlag

- Regionstyrelsens beslut 2016-12-13, § 317
- Personalutskottets beslut 2016-11-23, § 34.
- Tjänsteutlåtande daterat 2016-10-03
- Förslag till rese- och mötespolicy
- Riktlinjer för resor och möten

Besluten skickas till + policy och riktlinjer

- Samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen för genomförande
- Styrelsen för Västtrafik, Göteborgs Symfoniker, Göteborgs Operan, Film i Väst, Regionteater Väst, Västsvenska turistrådet och Sahlgrenska I.C. för genomförande
- Avdelningschefer och stab, koncernkontoret för genomförande

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

Beslutad av: Regionfullmäktige, 2017-01-31

Diarienummer: RS 2016–02451

Giltighet: från 2017-05-01 till 2022-04-30

Rese- och mötespolicy för Västra Götalandsregionen

Policyn gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Koncernstab HR, Koncernkontoret

Dokumentet ersätter: Resepolicy för Västra Götalandsregionen (RF 2008-02-19, §19)

Inledning

Västra Götalandsregionens tjänsteresor och möten ska ske på ett säkert, miljömedvetet och kostnadseffektivt sätt.

Västra Götalandsregionen, härnäst kallat VGR, är en av Sveriges största arbetsgivare med uppdraget att bidra till ett gott liv för människorna i Västra Götaland. Det innebär att vi har ett ansvar för att minska vår klimatpåverkan och att agera som ett föredöme. Vi har också ett ansvar för god ekonomisk hushållning av våra resurser. Liksom all verksamhet omfattar det våra resor och möten.

Rese- och mötespolicyen omfattar VGR:s samtliga nämnder och styrelser samt majoritetsägda bolag. Policyen gäller tjänsteresor inom VGR:s verksamheter och omfattar även de resor som sker på uppdrag av VGR. Med tjänsteresa avses även resor som förtroendevalda gör i sitt uppdrag. Alla medarbetare och förtroendevalda har ett ansvar för att följa policyen i sitt arbete.

Rese- och mötespolicyen omfattar inte medarbetarnas resor mellan hemmet och arbetsplatsen utom i de fall den sträckan utgör en del av en tjänsteresa. Resor till och från arbetet genererar dock stora utsläpp av växthusgaser och VGR:s verksamheter ska därför uppmuntra ett hållbart resande till och från arbetet.

Policyen är beslutad av regionfullmäktige och kompletteras och förtydligas av riktlinjer beslutade av regionstyrelsen samt av VGR-gemensamma rutiner som kan kompletteras med lokala rutiner och anvisningar på förvaltnings- och bolagsnivå. Rutiner och anvisningar fastställs av regiondirektör, förvaltningschef/VD.

Tjänsteresor och möten

Vid möten med deltagare från olika tjänsteställen ska i första hand deltagande via teknik för distansmöte användas. I andra hand kan man överväga möten som innebär att deltagarna behöver resa.

När det är nödvändigt att genomföra möten som innebär att deltagarna behöver resa ska plats och tid för mötet anpassas för att öka deltagarnas möjlighet att gå, cykla eller resa med kollektivtrafik. Vid resa ska det färd sätt väljas som är trafiksäkert, ger minst miljöpåverkan och är kostnadseffektivt. Vid beräkning av kostnadseffektiviteten ska hänsyn tas till samtliga kostnader förknippade med resan.

Planering av möten:

- För att undvika tjänsteresor för mötesdeltagare, ska den som är mötesansvarig göra en bedömning av om mötet kan genomföras som någon form av distansmöte. Om distansmöte inte bedöms som lämpligt med hänsyn till mötets karaktär, kan möte hållas som innebär resor för deltagarna. Den som inte har möjlighet att resa till mötet ska om förutsättningar finns erbjudas möjlighet att delta via distansmötestjänst.

Planering av tjänsteresa:

- En bedömning ska alltid göras om en tjänsteresa är nödvändig för att kunna utföra arbetet/uppdraget eller om det finns alternativ till att resa.
- Tjänsteresor ska planeras och genomföras på ett sådant sätt att påverkan på miljön minimeras.

Kostnadseffektivt:

- Möten, utbildningar och konferenser ska i så stor utsträckning som möjligt ske i VGR:s egna lokaler. Om externa leverantörer av lokaler, resor och logi måste användas ska de alltid bokas via VGR:s upphandlade leverantörer.
- En tjänsteresa ska ske på billigast sätt med hänsyn till trafiksäkerhet, miljöaspekt och beräknad kostnadseffektivitet. Hänsyn ska tas till den resandes individuella förutsättningar och behov.

Varje förvaltningschef/VD har ansvar för att:

- Medarbetarna känner till innehållet i styrdokumentet för tjänsteresor och möten.
- Medarbetarna har kunskaper om säker och miljöanpassad trafik och vilka olika distansmötestjänster VGR erbjuder.
- Varje år ange mätbara mål för och följa upp medarbetarnas tjänsteresor och bokningar av externa lokaler.

Beslutad av: Regionstyrelsen, 2016-12-13

Diarienummer: RS 2016–02451

Giltighet: från 2017-05-01 till 2022-04-30

Riktlinje för tjänsteresor och möten i Västra Götalandsregionens verksamheter

Riktlinjen gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Koncernstab HR, Koncernkontoret

Dokumentet ersätter: Praktiska tillämpningar till resepolicy för VGR (RS 2008-01-22 § 2)

Innehåll

Inledning	3
Riktlinjer för resor och möten i Västra Götalandsregionen	3
Syfte	4
Ansvar	4
Möten/konferenser	4
Interna lokaler i första hand	4
Vid resa	5
Val av färdstätt	5
Beställning av resa	5
Säkerhet.....	6
Försäkring vid resa.....	6
Tjänsterefeförsäkringskort	6
Reseräkning och traktamenten	6
Uppförandekod vid resor i tjänsten.....	7

Inledning

Västra Götalandsregionen, härnäst kallat VGR, fastställer policyer och riktlinjer för frågor där det är värdefullt att ha ett gemensamt förhållningssätt och göra på ett likartat sätt.

Följande styrande dokument för tjänsteresor och möten/konferenser ska finnas för verksamheten:

- Rese- och mötespolicy som beslutas av regionfullmäktige och som gäller för VGR och av VGRs majoritetsägda bolag.
- Riktlinjer för tjänsteresor och möten/konferenser som regionfullmäktige beslutat införa och som omfattar VGRs samtliga nämnder och styrelser. Riktlinjerna ska även gälla majoritetsägda bolag.
- Gemensamma rutiner och anvisningar för VGR ger stöd i det dagliga arbetet. Dessa kan även kompletteras med lokala rutiner och anvisningar som förvaltning och bolag arbetat fram. Rutiner och anvisningar fastställs av regiondirektör/förvaltningschef/VD.

VGR bedriver ett ambitiöst arbete för att minska organisationens klimatpåverkan. År 2020 ska VGR vara oberoende av fossil energi och bränsle i egna transporter och byggnader.

De flesta resor ger utsläpp av såväl växthusgaser som försurande och hälsoskadliga ämnen. För att minska klimatpåverkan från resor i tjänsten betalar förvaltningar och bolag en klimatväxlingsavgift på medarbetares och förtroendevaldas resor med privat bil och flyg. Avgifterna samlas på ett centralt konto och kommer att användas till åtgärder som ska minska VGRs klimatpåverkan.

Resor till och från arbetet omfattas inte av VGRs rese- och mötespolicy. Förvaltningar och bolag ska dock uppmuntra sina anställda och förtroendevalda och underlätta för dem att gå, cykla och åka kollektivt till och från arbetet.

Riktlinjer för resor och möten i Västra Götalandsregionen

Riktlinjerna gäller planering och genomförande av alla resor och möten som görs i tjänsten och betalas av VGR. Riktlinjen omfattar samtliga medarbetare och förtroendevalda i VGR, och dess majoritetsägda bolag. Riktlinjen omfattar även de resor som sker på uppdrag av Västra Götalandsregionen.

Vid planering och genomförande av resor och möten ska hänsyn tas till andra fattade beslut i VGR som t ex beslut om inomregional balans.

Syfte

Riktlinjerna ska förtydliga policyn och ge vägledning och direktiv om vad som gäller vid tjänsteresor och möten i VGR. Riktlinjerna ska bidra till att en trygg och säker arbetsmiljö, minska miljöpåverkan, sänka kostnaderna och vårda Västra Götalandsregionens varumärke. Den ska också visa VGRs hänsynstagande till den enskildes familjeliv eller andra sociala faktorer som ett frekvent resande innebär en påfrestning för.

Ansvar

Varje förvaltningschef/VD har ansvar för att:

- alla medarbetare känner till innehållet i styrdokumentet för tjänsteresor och möten.
- alla medarbetare har kunskaper om vilka olika distansmötestjänster Västra Götalandsregionen erbjuder samt om säker och miljöanpassad trafik.
- besluta om och årligen, med mätbara mål, följa upp de anställdas tjänsteresor.

Varje chef har ett ansvar för att:

- styrdokument för resor och möten är kända och följs av medarbetarna.
- regelbundet följa upp resvanor hos de medarbetare som reser mycket i sin tjänst för att säkerställa att resandet sker i enlighet med dessa styrdokument.

Anställda och förtroendevalda har ett ansvar för att:

- följa riktlinjer, rutiner och anvisningar för resor och möten.

Möten/konferenser

Vid möten med deltagare från olika tjänsteställen ska i första hand deltagande via teknik för distansmöte erbjudas. I andra hand kan man överväga möten som innebär att deltagarna behöver resa. VGR ska tillhandahålla teknik och utrustning för olika distansmötesformer.

Mötet ska planeras så att så många av deltagare som möjligt kan resa kollektivt, gå eller cykla. Anställda och förtroendevalda som inte har möjlighet att medverka på möte ska om förutsättningar finns erbjudas möjlighet att delta via någon form distansmötestjänst.

Interna lokaler i första hand

När medarbetare och förtroendevalda i VGR arrangerar möten, seminarier, konferenser eller studiebesök ska dessa i första hand, och i största möjliga utsträckning, förläggas i VGRs egna lokaler.

Vid behov av bokning av mötes- och konferenslokal med kringarrangemang ska bokningen göras via den VGR-gemensamma konferensbokningstjänsten. Undantag från att använda

konferensbokningstjänsten gäller lokaler som bokas via VGRs lokalbokningssystem (SAMBO).

Bokning av externa lokaler kan bli aktuellt då VGR-interna alternativ saknas, inte finns i närområdet eller när den interna kapaciteten inte räcker till.

Vid bokning av externa lokaler ska avtal med upphandlad leverantör alltid följas.

Vid resa

Vid resa ska färd sätt väljas som är trafiksäkert, ger minst miljöpåverkan och är kostnadseffektivt. Med kostnadseffektivitet menas att vid beräkning av totalkostnad ska hänsyn tas till alla delar: transport, logi, traktamente, färdtidsersättning, parkeringsavgifter arbetstid och restid. Tjänsteresa ska läggas i så nära anslutning som möjligt till arrangemangets start och sluttid.

Val av färd sätt

Vid korta resor ska anställda och förtroendevalda gå, cykla eller resa kollektivt.

Vid längre resor ska tåg, båt eller buss väljas i första hand. Flygresor utnyttjas i första hand för längre utrikesresor där tåg och buss inte är utgör ett alternativ. Generellt gäller att huvudresan måste vara längre än 50 mil. Är slutdestinationen för resan Stockholm får flyg endast användas i undantagsfall och om särskilda skäl föreligger. Alla flygresor ska vara i förväg godkända av närmsta chef.

Vid resa med bil ska samåkning ske i största möjliga mån. För resor med bil ska i första hand fordon som VGR tillhandahåller användas. Externt hyrd bil och taxi kan användas för kortare resor som komplement till en resa med t.ex. kollektivtrafiken. Externt hyrd bil och taxi bokas via upphandlad leverantör. Vid val av hyrbil/taxi ska fordon som drivs av fossilfria bränslen användas i första hand.

Privat bil får användas endast när andra alternativ, enligt ovan, inte är rimliga i ett samlat perspektiv på säkerhet, miljö och kostnadseffektivitet. Det åligger resenären att kunna redovisa skälen i det enskilda fallet till varför privat bil valts.

Beställning av resa

Alla beställningar av biljetter, hotellrum, externt hyrda bilar och taxi ska göras genom VGRs upphandlade leverantörer inkl Västtrafik. Generellt gäller att resor ska planeras och bokas med så god framförhållning som möjligt, så att möjlighet till rabatter kan utnyttjas.

Vid bokning av tåg och flygbiljetter ska ekonomiklass bokas. Undantag från detta måste godkännas i förväg av närmsta chef.

Bonuspoäng som erhålls i samband med tjänsteresa får inte nyttjas för privat bruk utan ska tillfalla VGR. Detta gäller alla former av personliga förmåner som t.ex. bonuspoäng, fribiljetter, gratisnätter mm. Att använda dessa poäng i privat syfte kan få negativa

skattemässiga konsekvenser för såväl medarbetaren som VGR. Ekonomisk ersättning för t.ex. försening (s.k. restidsgaranti) tillfaller VGR och krediteras kostnadsställe som betalat resan.

Ett antal länder kräver visum innan man släpps in i landet. Vid bokning informerar upphandlad leverantör om resmållets relevanta pass-, visum- och vaccinationsbestämmelser samt eventuella reserekommendationer utfärdade av utrikesdepartementet. Leverantören ska kunna ombesörja visumansökan och liknande tillstånd om så erfordras. Vaccinationer som rekommenderas för resan bekostas av VGR.

Säkerhet

Personer i ledande befattning och grupper bör av säkerhetsskäl inte resa tillsammans utan i möjligaste mån dela upp resandet på olika transportmedel och tider.

Vid resor till oroliga områden (krigsområden, naturkatastrofer etc.) konsulteras säkerhetsfunktionen och eventuellt utrikesdepartementet.

Vid en akut situation ansvarar chef tillsammans med koncernsäkerhetschefen, alternativt förvaltningens säkerhetschef för att VGRs säkerhetsplan gällande nödvändig information och nödvändiga åtgärder tas i bruk. VGR följer UD:s rekommendationer om säkerhetsläget, se information www.ud.se

Försäkring vid resa

VGR och dess bolag ansvarar för att alla medarbetare, förtroendevalda och personer utsedda av arbetsgivaren ska vara försäkrade enligt en tjänstereseförsäkring under tjänsteresor som utförs på arbetsgivarens uppdrag.

Dessutom ska t ex elever, praktikanter och tillfällig personal omfattas av denna försäkring. Försäkringen ska omfatta såväl inrikes som utrikes tjänsteresor.

Vid resa längre än 6 månader ska alltid försäkringsansvarig kontaktas.

Reseförsäkringen gäller inte vid resor där svenska utrikesdepartementen avråder att resa till.

För närmare detaljer om försäkringsvillkor läs information för gällande försäkringsbrev.

Tjänstereseförsäkringskort

Vid tjänsteresa utomlands ska medarbetaren alltid medföra ett tjänstereseförsäkringskort, Travel insurance card.

Reseräkning och traktamenten

Reseräkning ska skrivas i samtliga fall när anställd eller förtroendevald gör en tjänsteresa där någon form av ersättning ska utgå eller kostförmån ska redovisas. På reseräkningen ska

tydligt framgå ändamål och skäl till resan. Färdväg och färd sätt ska beskrivas. Utlägg under tjänsteresan ska styrkas för att ersättning ska erhållas.

Traktaments- och reseersättningar regleras i gällande kollektivavtal samt i eventuella lokala kollektivavtal.

Uppförandekod vid resor i tjänsten

Medarbetare och förtroendevalda som reser i tjänsten är under hela resan företrädare för VGR och är genom sitt agerande och uppträdande en del av VGRs kommunikation och varumärke. För VGRs anställda gäller samma krav utomlands som i Sverige.

Den som reser i tjänsten ska undvika att hamna i etiskt och moraliskt tvivelaktiga situationer. Om det för en medarbetare eller förtroendevald råder minsta tvekan kring ett moraliskt eller etiskt dilemma, är detta en tydlig signal om att man ska avstå. Resenären bör ställa sig följande frågor:

- Varför erbjuds jag den här förmånen?
- Har förmånen ett högt värde?
- Finns det risk för att jag påverkas i mitt arbete?
- Finns det risk för att allmänhetens förtroende för VGR skadas

Ett eventuellt deltagande detta till trots ska alltid prövas och godkännas av chef.

Från: Julia Leonsson för Regionstyrelsen
Skickat: den 2 mars 2017 10:18
Till: Expediering; Joakim Björck; Anna-Karin Jernberg
Ämne: beslut från regionstyrelsen 2017-02-21, § 38, Detaljbudget 2017
Bifogade filer: RS § 38 2017.pdf; Detaljbudget 2017, RS 2016-07071.pdf

Hej!

Översänder beslut från regionstyrelsen 2017-02-21, § 38, Detaljbudget 2017, diarienummer RS 2016-07071.

Med vänlig hälsning
Julia Leonsson
Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Mobil: 076-940 27 35
Epost: julia.leonsson@vgregion.se

Protokoll från regionstyrelsen, 2017-02-21

§ 38

Detaljbudget 2017

Diarienummer RS 2016-07071

Beslut

1. Regionstyrelsen godkänner detaljbudget 2017
2. Regionstyrelsen beslutar överföra 5,1 mnkr från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen till Moderförvaltningen för IS/IT kostnader samt 4,8 mnkr till Hälso- och sjukvårdsstyrelsen från Moderförvaltningen för medel till regionservice. Medlen är en omföring av justeringar som gjordes i budget 2016.
3. Regionstyrelsen beslutar överföra 0,4 mnkr från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen till Moderförvaltningen för friskvårdsbidrag.
4. Regionstyrelsen beslutar överföra 0,6 mnkr från Regionstyrelsen till Servicenämnden avseende 1,0 tjänst.
5. ALF- och TUA-anslagen höjs med tillsammans 17,7 mnkr enligt avtalen för 2017

Deltar inte i beslutet

Ledamöterna för Socialdemokraterna och Eva Olofsson (V) deltar inte i beslutet.

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen beslutade 2016-09-27 om Rapportplan och inriktning för fortsatt utvecklingsarbete (RS 2016-05192) för Västra Götalandsregionen (VGR). För detaljbudgetens del innebär det en återgång till det ursprungliga syftet att utgöra en teknisk konsolidering av ekonomin och prestationer för att utgöra basen för jämförelser under året mot utfall. Detaljbudgeten fastställs av Regionstyrelsen.

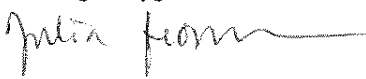
Det budgeterade resultatet för 2017 uppgår före beslut om eget kapital och upplösning av obeskattade reserver till 158 mnkr. Nämnders och styrelser framställan om nyttjande av eget kapital och obeskattade reserver beslutades av regionstyrelsen i eget ärende 2017-02-07 och förändrade det budgeterade resultatet till 136 mnkr.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-02-14
- Detaljbudget 2017

Skickas till

Samtliga styrelser och nämnder
Ekonomidirektör Joakim Björck
Avdelningschef Anna-Karin Jernberg

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



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Detaljbudget 2017

Datum 2017-02-14

Diarienummer RS 2016-07071

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Handläggare: Anna-Karin Jernberg

Tel: 070-082 58 10

E-post: anna-karin.jernberg@vgregion.se

Till regionstyrelsen

Västra Götalandsregionens Detaljbudget 2017

Innehåll

Inledning	3
Prioriterade mål 2017.....	3
Fokusområden.....	4
Budgeterat resultat 2017	4
Eget kapital 2016	6
Extra utfördelade medel.....	6
Övriga beslut och tekniska justeringar.....	7
Riktade statsbidrag.....	7
Likviditet.....	8
Prestationer.....	9
VGR:s sjukhus.....	9
Invånarnas konsumtion av hälso- och sjukvård	10
Intern styrning och kontroll.....	10
Ekonomi - bilagor	11
Regionbidragets fördelning.....	12
Resultaträkning, balansräkning och kassaflödesanalys	13
Regionbidrag och statsbidrag per nämnd.....	16

Inledning

Regionfullmäktige (RF) fastställde i juni 2016 Västra Götalandsregionens (VGR) budget för 2017 och plan för 2018-2019. Därefter har regionstyrelsen (RS) beslutat om regiongemensamma riktlinjer. Till den 30 november har VGR:s nämnder, styrelser och bolag beslutat om sin respektive budget för 2017, vilka ligger till grund för denna Detaljbudget 2017.

RS beslutade 2016-09-27 om Rapportplan och inriktning för fortsatt utvecklingsarbete (RS 2016-05192) för VGR. Planen innebär, för detaljbudgetens del, en återgång till det ursprungliga syftet att utgöra en teknisk konsolidering av ekonomin och prestationer för att utgöra basen för jämförelser under året mot utfall. Detaljbudgeten fastställs av RS.

Några nämnder och styrelser har aviserat en oro inför 2017 års ekonomi. Bland dessa kan nämnas:

- Styrelsen för folkhögskoleverksamheten ser svårigheter att nå en budget i balans. Orsakerna är:
 - Ökade kostnader för interna överenskommelser
 - Kostnader för att bibehålla kursutbud på alla folkhögskolor
 - Ökade kostnader för marknadsföring kopplat till nya nationella satsningar på folkhögskola
 - Minskade försäljningsintäkter
- Göteborgs Botaniska trädgård beskriver ett befarat ekonomiskt underskott till följd av kostnadsökningar för Grön Rehab.
- Den 29 november 2016 beslutade RF om ett beviljat underskott på 15 mnkr för västra hälso- och sjukvårdsnämnden, med anledning av finansieringen av hematologin till Kungälv's sjukhus. Till 2017 uppmanades nämnden att ompröva vårdöverenskommelsen med Kungälv's sjukhus avseende denna post. Då finansieringen ännu inte är löst, budgeterar HSN V med en osäker intäkt på 15 mnkr, för att få en budget i balans.

Frågeställningarna kommer följas under året i samband med bland annat koncernkontorets uppföljningsmöten och kommer rapporteras löpande till RS och i delårsrapporterna till RS och RF.

Prioriterade mål 2017

Regionfullmäktige anger i budget för 2017 tre utmaningar och tre långsiktiga strategiska mål. De strategiska målen är nedbrutna till prioriterade mål för perioden 2017 - 2019.

Enligt budgetbeslutet kan nämnder och styrelser utöver fullmäktiges prioriterade mål ange högst två mål utöver de mål fullmäktige fastställt. Ett antal nämnder och styrelser har gjort detta. Några styrelser och nämnder har utöver de prioriterade målen valt att i stället för mål ändra benämning och anger "strategiska områden" eller "planer" de avser arbeta med.

Samtliga prioriterade mål ska följas upp årligen i VGR:s årsredovisning. Vissa mål följs även upp i delårsrapporten. Varje mål följs upp enligt följande:

- En kvantitativ uppföljning av de indikatorer som RS fastställt för målet.
- En redovisning av vilka aktiviteter som genomförts och vilka strategier som har tagits fram för att nå målet.
- En samlad kvalitativ bedömning av måluppfyllnad. Den kvalitativa bedömningen ska grundas på den kvantitativa uppföljningen och hur väl de planerade aktiviteterna och strategierna kommer att bidra till ökad chans att nå målet. I bedömningen kan även andra faktorer ingå, t ex kompletterande indikatorer och hur omvärldsfaktorer påverkat utfallen.

Fokusområden

Regionfullmäktige pekar ut 26 fokusområden för 2017 som verksamheterna särskilt ska bevaka. Nämnder och styrelser har angivit fokusområden som är relevanta för den egna verksamheten och aktiviteter och insatser man avser att göra under 2017. Flera styrelser och nämnder har i år utöver fokusområden som är direkt relaterade till den egna verksamheten, även angivit fokusområden som angränsar till den egna kärnverksamheten. Göteborgs Botaniska trädgård är ett exempel på det. Antalet valda fokusområden har ökat jämfört med 2016, framför allt har valda fokusområden kopplade till det strategiska målet *”Västra Götaland ska sträva efter det hållbara samhället med tillväxt av jobb och företag i hela regionen”* ökat.

Uppföljningen av fokusområden kommer fortsatt i huvudsak ske genom en sammanfattande kvalitativ bedömning och beskrivning av det pågående arbetet. Nämnders och styrelserns arbete med fokusområden och de aktiviteter man uppgivit att man ska bedriva kommer att följas upp i samband med delårsrapport augusti och i årsredovisningen.

Läs mer i sammanställning av regionfullmäktiges mål och fokusområden från styrelser och nämnders detaljbudgetar: <http://www.vgregion.se/db2017>

Budgeterat resultat 2017

Regionfullmäktiges beslutade budget i juni visade på ett resultat på 86 mnkr. Till detta läggs nämnders och styrelserns budgeterade resultat. Fastighetsnämnden har budgeterat ett överskott på 85 mnkr och Primärvårdsstyrelsen på 3 mnkr. Tandvårdsstyrelsen har fattat beslut om att använda 15 mnkr av eget kapital. Tandvårdsstyrelsen kan, efter beslut i RS 2013 (Dnr RS 488-2012), fatta beslut om disposition av eget kapital och därefter informera RS. Sahlgrenska International Care AB fick i detaljbudgeten 2016 godkänt att lösa upp 560 tkr av sin periodiseringsfond men avser nyttja medlen 2017. Frölunda specialistsjukhus fick i detaljbudgeten 2016 godkänt att använda 0,4 mnkr av eget kapital men avser att nyttja detta under 2017.

Det sammanlagda budgeterade resultatet för 2017 uppgår efter ovanstående till 158 mnkr. Under förutsättning att RS beslutar om nämnders och styrelser begäran om nyttjande av obeskattade reserver och eget kapital enligt förslag i särskilt TU, uppgår nytt budgeterat resultat till 136 mnkr.

Resultat 2017

	mnkr
RF beslut i juni	85,6
<i>Nämnders och styrelser budgeterade resultat 2017:</i>	
Västfastigheter	84,6
Primärvårdsstyrelsen	3,0
Tandvårdsstyrelsen	-15,0
Göteborgs botaniska trädgård	0,2
Sahlgrenska International Care AB (resultatpåverkan)	-0,4
Frölunda specialistsjukhus	-0,4
Nytt budgeterat resultat	157,6

Framställan av eget kapital och obeskattade reserver:

Begäran om nyttjande av eget kapital

Regionutvecklingsnämnden	-10,0
Folkhälsokommittén	-3,0
Kulturnämnden	-7,0
Hälsan och stressmedicin	-1,5
Frölunda specialistsjukhus	-0,5
Summa:	-22,0
Nytt föreslaget budgeterat resultat	135,6

Upplösning av obeskattade reserver:

Göteborgs symfoniker AB	-0,3
Västtrafik AB	-30,0
GöteborgsOperan AB	-9,0
Summa:	-39,3
Resultatpåverkande nettoeffekt	-30,6

Eget kapital 2016

Nämnd	Ing EK 2016	Prog 2016	IB 2017
Kungälv's sjukhus	-25,0	0,0	-25,0
Alingsås lasarett	-22,8	-2,0	-24,8
Sahlgrenska universitetssjukhuset	-3,7	0,0	-3,7
Göteborgs Botaniska trädgård	-0,7	0,5	-0,2

Kungälv's sjukhus och Alingsås lasarett fick i samband med beslutet av VGR:s detaljbudget för 2016, beviljat uppskov med återbetalningen till år 2018-2020. Sahlgrenska universitetssjukhuset har inte budgeterat för någon återbetalning 2017, medan Göteborgs Botaniska trädgård har budgeterat för återbetalning av resterande belopp, som beräknas till 0,2 mnkr.

Extra utfördelade medel

Utöver vårdöverenskommelsen erhåller sjukhusen uppdrag och ersättning från annat håll under året, främst från hälso- och sjukvårdsstyrelsen. I budgetarbetet för 2017 fanns en medveten strategi att sådana extra utfördelade medel, skulle vara beslutade och fördelade till respektive utförare i ett tidigt skede, så att medlen skulle kunna ingå i budgetarbetet hos utförarna. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen erhåller riktade statsbidrag på totalt 1 267 mnkr. Beslut om användningen av bidragen gjordes för de flesta av dessa den 28 september. Kvar på HSS finns ett belopp på ca 200 mnkr som inte är beslutat eller fördelat.

Statsbidraget till kommunsektorn för ökade resurser till välfärden, det s.k. flyktingbidraget, har fördelats till utförarna i flera separata TU. Till 2017 är så gott som hela det beräknade beloppet till VGR på 376 mnkr, utfördelat.

RS tog 2016-09-27 beslut om riktade ägartillskott till hälso- och sjukvårdsnämnderna:

- 50 mnkr som ett prishöjande ägartillskott
- 100 mnkr för att förstärka ersättningen för riktade uppdrag om valfrihetsvård

RS uppdrog samtidigt till regiondirektören att utforma en modell som stimulerar till ökad produktivitet genom ersättning för produktion utöver fasta taknivåer, så kallat brutet tak.

- 250 mnkr i ersättning för ökad produktivitet, dessa medel avropas av HSS.

I samband med delårsrapporten per mars ska en bedömning göras om HSS kan finansiera betalutrymmet för brutet tak inom fastställt regionbidrag eller om RF ska ta ställning till om RS ska kunna disponera medel ur moderförvaltningen för ändamålet. Det finns således en oklarhet gällande finansiering av produktion över tak och därmed en osäkerhet för betydelsen av resultatet.

Ägartillskottet och ersättning för ökad produktion utöver tak, har lagts in i berörda nämnders och styrelser budget för 2017. SkaS har dock inte budgeterat sin andel av de 250 mnkr för ökad produktivitet.

Övriga beslut och tekniska justeringar

Naturbruk

Under 2016 avsattes i moderförvaltningen 62 mnkr för omställningskostnader kopplade till avvecklingen av tre naturbruksskolor och som naturbruksstyrelsen har fått avropa mot uppvisande av specifika kostnader. Under 2016 har 40 mnkr avropats.

Naturbruksstyrelsens arbete med att genomföra omställning i överensstämmelse med fattade beslut fortsätter och gör i budget 2017 en ny framställan om att få avropa 53 mnkr. RS återkommer med svar på framställan i samband med årsbokslutet för 2016.

Teknisk justering: Hälso- och sjukvårdsstyrelsen/Moderförvaltningen

I budget 2016 gjordes justeringar av regionbidrag och ersättningar till följd av fattade beslut avseende dels rörande Ny styrmodell för Regionsservice och dels kostnader för IS/IT.

De justeringar som berör de konkurrensutsatta verksamheterna hanteras genom att berörd nämnd/styrelse fakturerar beloppet mot moderförvaltningen. I budget 2016 gjordes justeringen för Primärvårdsstyrelsen mot HSS, vilket nu ändras.

För IS/IT överförs 5,1 mnkr från HSS till moderförvaltningen och för Regionsservice överförs 4,8 mnkr från moderförvaltningen till HSS.

Primärvårdsstyrelsen fakturerar beloppen från moderförvaltningen under 2017.

Teknisk justering: Friskvårdsbidrag

RS beslutade i de regiongemensamma riktlinjerna för detaljbudget 2017 (Dnr RS 04149-2016) att fördela 0,4 mnkr i utökat regionbidrag till HSS avseende friskvårdsbidrag till Närhälsan. Eftersom ägaren ersätter sin egen verksamhet justeras 0,4 mnkr till moderförvaltningen. Närhälsan fakturerar i stället friskvårdsbidraget från moderförvaltningen.

Teknisk justering: Överföring av tjänst mellan regionstyrelsen och regionsservice

RS och Servicenämnden har kommit överens om att överföra regionbidrag på 0,6 mnkr, från RS till Servicenämnden, avseende 1,0 tjänst som hanterar diariehantering för regionutvecklingsnämnden.

Riktade statsbidrag

De riktade (specialdestinerande) statsbidragen fördelas av RF till nämnder i särskild ordning, i samband med junibeslutet. Under våren 2016 slöts överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) vilket gjorde att beloppen förändrades. RS tog därför beslut om justerade belopp för 2017, i augusti 2016.

Under hösten har det nationella avtalen mellan staten och VGR avseende ALF (Avtal om läkarutbildning och forskning) och TUA (Avtal för tandläkarutbildning) slutits för 2017. Beloppet för ALF är uppräknat med 3,5% till 452,3 mnkr och TUA är uppräknat med 3,0% till 80,9 mnkr. De nya beloppen, totalt 17,7 mnkr, justeras i samband med detta beslut av detaljbudgeten för 2017.

De riktade (specialdestinerad) statsbidragens fördelning:

Enhet	(mnkr)	Beslut augusti	Avtal 2017	Justerat beslut
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen		1 249,3	17,7	1 267,0
Hälso- och sjukvårdsnämnderna		50,5		50,5
Kulturnämnden		399,7		399,7
varav Folkhögskoleverksamheten		92,6		92,6
Regionstyrelsen		0,7		0,7
Summa som utfördelas		1 700,2	17,7	1 717,9
Professionsmiljarden		167,0		167,0
SUMMA RIKTADE STATSBIIDRAG		1 867,2		1 884,9
Övriga poster som redovisas som spec. dest statsbidrag				
Balanserade medel från tidigare år (HSS)				99,0
Förväntad höjning av bidraget till Folkhögskolorna				4,0
Statsbidrag till Västtrafik				1,0
Personalanknutna bidrag				42,0
Summa specialdestinerade statsbidrag				2 030,9

Summan 1717,9 mnkr är det belopp som fördeas till nämnder och styrelser och för vilka moderförvaltningen tar risken, om bidraget skulle förändras och bli lägre.

Professionsmiljarden ingår i det belopp som, tillsammans med skatteintäkter och andra intäkter, fördelas ut i regionbidrag till nämnder och styrelser.

I koncernens resultaträkningen på raden för Specialdestinerade statsbidrag (sid 13) finns ytterligare några poster bokförda. Den totala summan uppgår till 2 031 mnkr:

Likviditet

VGR beräknas vid årsskiftet 2017 ha en likviditet på 11,3 mdkr. I planen för 2017 ligger att VGR ska påbörja upplåning för att finansiera Vita Huset. Upplåningen beräknas till ca 500 mnkr under 2017. Utifrån budgeterat resultat +158 mnkr och investeringsnivå 4,8 mdkr samt upplåningen kommer likviditeten att minska med ca 800 mnkr till ca 10,5 mdkr under året.

Koncernkontoret bedömer att investeringsnivån 2017 på 4,8 mdkr inte kommer att uppnås, utan stanna på 4 mdkr. Det innebär att likviditeten kommer att vara oförändrad under året.

Koncernkontoret kommer att förvalta VGR:s likviditet i två portföljer, en kortfristig på 3 mdkr, med de medel som bedöms behöva ianspråkta under de kommande 3 åren och en långfristig portfölj på 5 mdkr.

Regionfullmäktiges mål om hög betalningsberedskap om 3 000 mnkr uppfylls genom att VGR har hög likviditet i placeringarna som gör att de kan omsättas inom 3 dagar.

Koncernkontoret har påbörjat arbetet för finansieringen av Vita Huset genom utgivning av obligationer på penningmarknaden. Dessa kommer att ges ut som "gröna obligationer".

Prestationer

Ett nytt regelverk för prestationsredovisning har tagits fram och gäller från 2017. I det nya regelverket utgår parametern *sammanvägda prestationer* för sjukhusen. Nya parametrar har lagts till men budgeteras inte 2017 eftersom utfallet 2016 inte finns tillgängligt. Uppföljning av dessa kommer ske av koncernkontoret. Bland de nya parameterana kan nämnas *unika individer*, *behandlingar i öppen och slutenvård* samt *besök på akutmottagning*. Nedan redovisade prestationsbudgeten 2017 bygger till största delen på de parametrar som budgeterats och följts upp under 2016.

VGR:s sjukhus

Produktion Sjukhusvård	Budget 2017	Prognos 2016	Procent förändring
Somatik			
Vårdtillfällen	220 473	212 699	3,7%
Vårddygn	1 057 177	1 033 871	2,3%
Besök enligt regional DRG-viktlista	479 046	474 228	1,0%
Besök	1 759 867	1 801 245	-2,3%
Psykiatri			
Vårdtillfällen	16 760	17 319	-3,2%
Vårddygn	256 849	257 840	-0,4%
Besök	595 486	580 607	2,6%

Digitala kontakter har budgeterats av få sjukhus och finns därför inte med i sammanställningen.

Produktion primärvård	Budget 2017	Prognos 2016	Procentuell förändring
VG Primärvård			
- besök läkare	1 200 000	1 230 001	-2,4%
- besök övriga vårdgivare	1 294 050	1 300 150	-0,5%
- digitala kontakter	385 000	384 850	0,0%
Vårdval Rehab			
- besök	768 000	756 599	1,5%
Övrig Primärvård			
- besök läkare	147 820	141 219	4,7%
- besök övriga vårdgivare	696 300	678 893	2,6%
- digitala kontakter	53952	52459	2,8%

Invånarnas konsumtion av hälso- och sjukvård

Konsumtion av sjukhusvård, primärvård samt rehabilitering	Budget 2017	Budget 2016	Procent förändring
Somatik			
Vårdtillfällen	205 650	216 152	-4,9%
Vårddygn	992 971	1 082 662	-9,0%
Besök DRG	485 787	493 716	-1,6%
Besök	1 929 899	1 871 136	3,1%
Digitala kontakter	105 356	77 097	36,7%
Psykiatri			
Vårdtillfällen	16 333	17 999	-9,3%
Vårddygn	231 205	258 742	-10,6%
Besök	594 076	590 989	0,5%
Digitala kontakter	47 825	43 449	10,1%
VG Primärvård			
- besök läkare	2 168 610	2 219 355	-2,3%
- besök övriga vårdgivare	1 917 551	1 931 277	-0,7%
- digitala kontakter	683 717	683 478	0,0%
Vårdval Rehab			
- besök	1 132 756	942 191	20%
Övrig Primärvård			
- besök läkare	419 369	429 433	-2,3%
- besök övriga vårdgivare	1 245 477	1 277 376	-2,5%
- digitala kontakter	89 551	87 305	2,6%

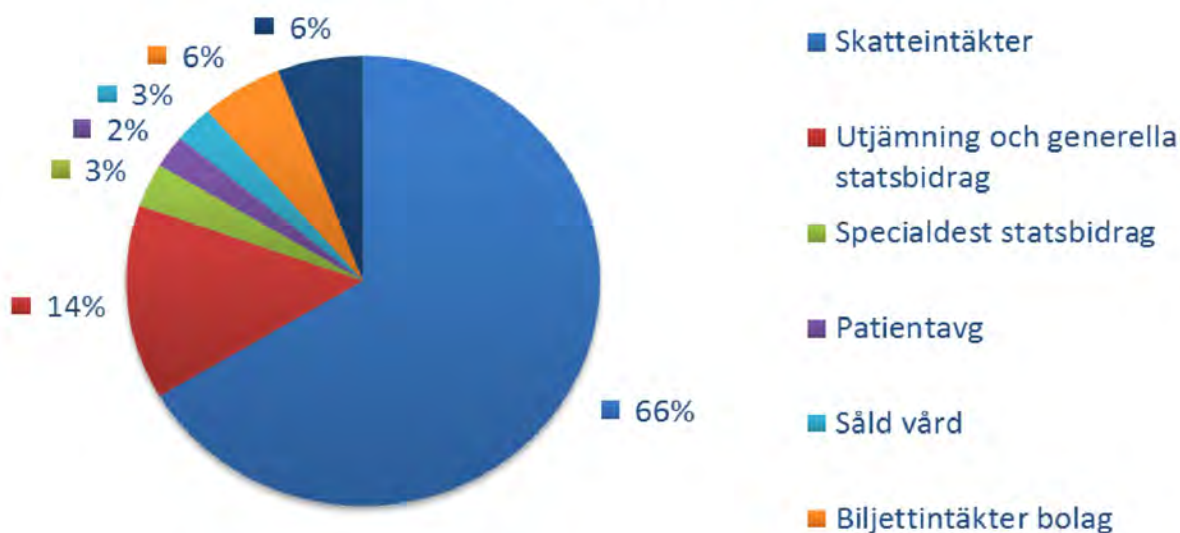
Koncernkontoret konstaterar att Hälso- och sjukvårdsnämnderna har budgeterat en lägre konsumtion av sjukhusvård vid VGR:s sjukhus än den produktion sjukhusen har budgeterat för invånare i Västra Götaland. Orsaken är att Hälso- och sjukvårdsnämnderna har baserat budgeten på det senaste 12 månadsutfallet. HSN har därmed inte följt budgetanvisningarna avseende prestationerna vilket får till följd att budgeten vid en konsolidering inte stämmer. Koncernkontoret kommer därför att i kompletterande rutiner/anvisningar till delårsrapporten per mars att uppmana hälso- och sjukvårdsnämnderna att justera budgetarna avseende prestationer så att dessa redovisas enligt gällande anvisningar.

Intern styrning och kontroll

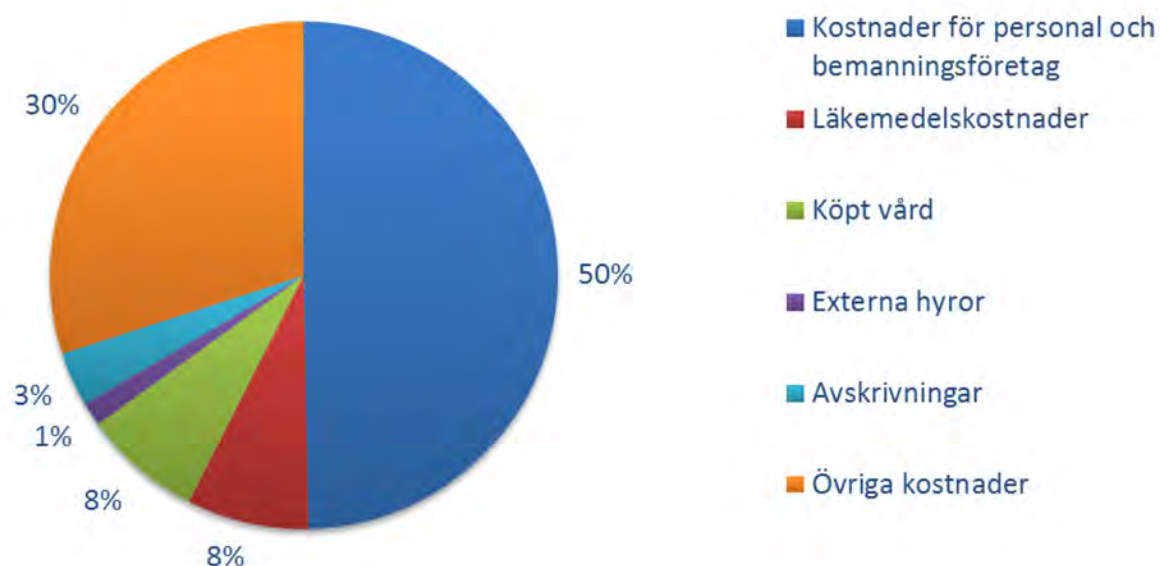
Nämnder och styrelser ska i detaljbudgeten beskriva hur arbetet med riskanalys och plan för intern kontroll bedrivs. Regiongemensamma riktlinjer och rutiner finns och de flesta nämnder och styrelser arbetar aktivt med frågorna och följer beslutade riktlinjer. De färdiga planerna ska skickas in till RS. För de som inte inkommit med plan för arbete i samband med budget, görs en uppföljning under våren.

Ekonomi - bilagor

Intäkter 62 393 mnkr

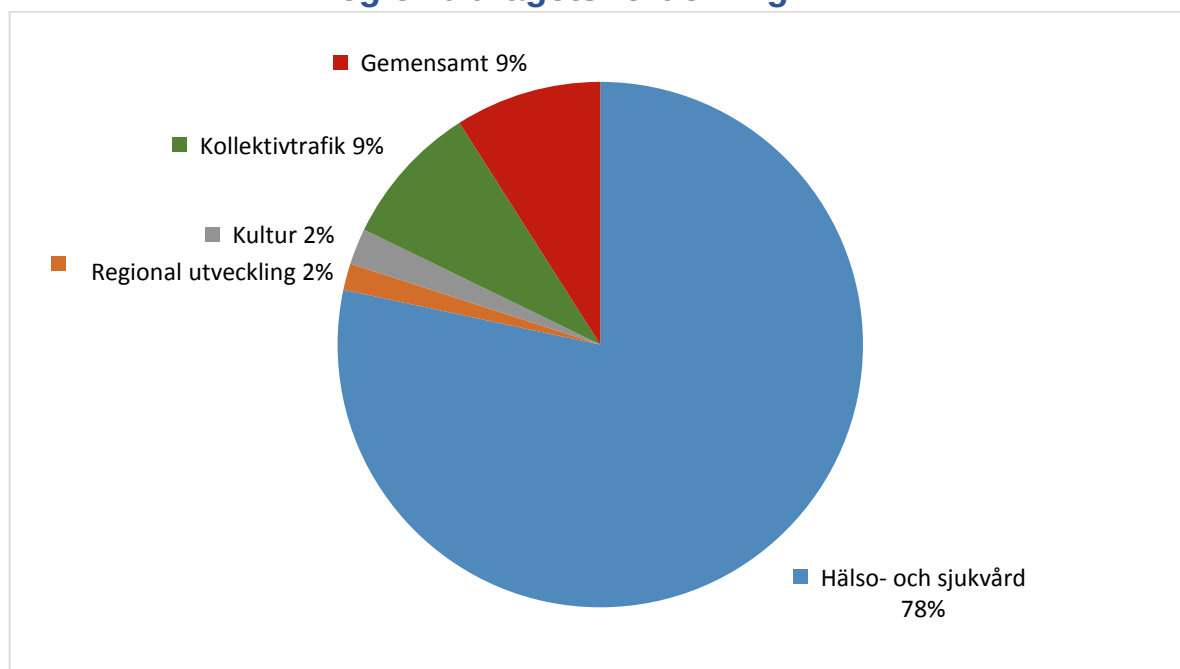


Kostnader 62 266 mnkr



Hälso- och sjukvårdsnämnderna samt VGPPV, VVR	2017	2016	2015
Region och rikssjukvård	2 439	2 322	2 235
Länssjukvård	23 305	21 967	21 315
Primärvård HSN	1 681	1 546	1 911
VG Primärvård (HSS)	5 990	5 691	5 550
Vårdval rehab (HSS)	633	514	364
Tandvård	851	829	789
Handikappverksamhet	858	836	800
Folkhälsomedel	103	80	87
Läkemedel	285	265	261
Sjukresor	329	308	311
Samordningsförbund	46	45	38
Nämndkostnader	21	21	21
Kanslikostnader	101	103	101
Övrigt	117	90	73
Summa regionbidrag	36 759	34 616	33 853

Regionbidragets fördelning



Resultaträkning, balansräkning och kassaflödesanalys

RESULTATSAMMANSTÄLLNING (mnkr)	2015 Utfall	2016 Budget	2016 Prel. utfall	2017 Budget	
Skatteintäkter, komm.ek. utjämning och generella statsbidrag	45 317	47 554	48 057	50 153	*
Specialdestinerade statsbidrag	2 099	1 871	2 436	2 031	**
Patientavgifter	1 436	1 433	1 456	1 463	
Såld vård	1 608	1 561	1 761	1 669	
Försäljning av tjänster	862	909	898	975	
Hysesintäkter	124	142	172	157	
Försäljning av material och varor	320	587	288	314	
Erhållna bidrag	637	605	569	772	
Biljettintäkter	3 183	3 313	3 345	3 470	
Finansiella intäkter	268	106	331	52	
Övriga intäkter	1 504	1 560	1 393	1 348	
Summa intäkter	57 359	59 641	60 706	62 405	
Personalkostnader inkl. inhyrd personal	-28 522	-29 528	-29 325	-30 893	
Köpt vård	-4 041	-3 883	-4 412	-4 702	
Trafikkostnader	-6 302	-6 913	-6 770	-7 211	
Verksamhetsanknutna tjänster	-1 177	-1 666	-1 381	-1 291	
Läkemedelskostnader	-4 528	-4 702	-4 807	-4 840	
Material och varor	-3 406	-3 356	-3 541	-3 226	
Lämnade bidrag	-1 512	-1 765	-1 576	-1 757	
Lokal- och energikostnader	-1 692	-1 667	-1 725	-1 672	
Övriga tjänster	-1 235	-1 329	-1 325	-1 343	
Avskrivningar och nedskrivningar	-1 967	-2 099	-2 111	-2 152	
Finansiella kostnader	-326	-235	-247	-387	
Övriga kostnader	-1 889	-2 454	-1 801	-2 772	
Summa kostnader	-56 598	-59 598	-59 022	-62 247	
ÅRETS RESULTAT	761	43	1 684	158	

* Det belopp som RF fördelar i regionbidrag till nämnder och styrelser, 50 320 mnkr, består dels av Skatteintäkter, komm.ek. utjämning och generella statsbidrag, på 50 153 mnkr (budgetbeloppet i tabellen ovan) och dels av statsbidraget Professionsmiljarden, 167 mnkr.

Detaljbudget 2017, 2017-02-14

14 (16)

BALANSRÄKNING (mnkr)	2015	2016	2016	2017
	Utfall	Budget	Prel. utfall	Budget
Immateriella tillgångar	59	248	166	162
Materiella tillgångar				
- Byggnader och mark	9 815	11 183	10 401	12 072
- Maskiner och inventarier	6 435	7 027	6 584	7 418
- Finansiell leasing	185	178	182	182
- Pågående investeringar	2 636	2 864	2 732	3 135
Finansiella anläggningstillgångar	688	677	566	566
Anläggningstillgångar	19 818	22 178	20 631	23 535
Bidrag till infrastruktur	623	578	578	533
Förråd	254	300	250	250
Kortfristiga fordringar	3 756	4 846	2 708	2 800
Kortfristiga placeringar	6 906	6 000	10 000	10 000
Kassa och bank	2 111	400	1 000	500
Omsättningstillgångar	13 027	11 546	13 959	13 550
TILLGÅNGAR	33 468	34 302	35 168	37 618
Eget kapital	6 227	5 733	7 727	7 885
Avsättningar pensioner	14 117	14 923	14 965	16 306
Övriga avsättningar	1 329	1 268	1 283	1 283
Avsättningar	15 446	16 191	16 248	17 589
Långfristiga skulder	482	499	467	967
Kortfristiga skulder	11 312	11 879	10 726	11 177
Skulder	11 794	12 378	11 193	12 144
EGET KAPITAL, AVSÄTTNINGAR OCH SKULDER	33 468	34 302	35 168	37 618
Ansvarsförbindelse pensionsförpliktelser, mnkr	25 398	24 714	24 592	24 113

Detaljbudget 2017, 2017-02-14

15 (16)

KASSAFLÖDESANALYS (mnkr)	2015 Utfall	2016 Budget	2016 Prel. utfall	2017 Budget
Löpande verksamhet				
Periodens/årets resultat	761	43	1 684	158
Investeringsbidrag	-10	-1	-12	-11
Avskrivningar, nedskrivningar	1 967	2 099	2 111	2 152
Utrangeringar	3	73	41	1
Reavinster/-förluster sålda anläggningstillgångar	-8	0	-4	-1
Upplösning bidrag till infrastruktur	45	45	45	45
Avsättningar	1 092	898	802	1 341
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital	3 850	3 157	4 667	3 684
Förändring rörelsekapital				
Ökning(-)/minskning(+) förråd	60	0	4	0
Ökning(-)/minskning(+) kortfristiga fordringar	850	0	1 048	-92
Ökning(+)/minskning(-) kortfristiga skulder	-1 769	-191	-586	451
Övriga rörelsekapitalpåverkande poster	5	24	-1	1
Kassaflöde från löpande verksamhet	2 996	2 990	5 133	4 044
Investeringsverksamhet				
Investeringar i immateriella och materiella anläggningstillgångar	-3 080	-4 090	-3 108	-5 056
Försäljning av immateriella och materiella anläggningstillgångar	19	0	56	0
Investering i finansiella anläggningstillgångar	-212	0	0	0
Kassaflöde från investeringsverksamhet	-3 273	-4 090	-3 052	-5 056
Finanseringsverksamhet				
Ökning(-)/minskning(+) långfristiga fordringar	1	0	121	0
Ökning(+)/minskning(-) långfristiga skulder	22	0	-15	500
Justering för årets aktiverade investeringsbidrag	0	1	12	11
Kassaflöde från finansieringsverksamhet	22	1	118	511
KASSAFLÖDE	-255	-1 100	2 198	-500

Regionbidrag och statsbidrag per nämnd

Tekniska justeringar	Regionbidrag 2017 (RS 04149-2016)	Beslut bgt 2016, IS/IT	Beslut bgt 2016, Regionsservice	Friskvårds- bidrag	Överföring av tjänst	Justerat regionbidrag 2017	Riktat statsbidrag (augusti 2016)
Regionfullmäktige	81,312					81,312	
Regionstyrelsen	2 252,940				-0,600	2 252,340	0,700
varav Personallutskottet	332,415					332,415	
Hälsö- och sjukvårdsstyrelsen	9 613,567	-5,096	4,804	-0,400		9 612,875	1 267,000
Folkhälsokommittén	44,952					44,952	
Kommittén för rättighetsfrågor	41,973					41,973	
Revisorskollegiet	24,340					24,340	
Patientnämnd	21,006					21,006	
Arkivnämnd	33,344					33,344	
Fastighetsnämnd	257,110					257,110	
Servicekommittén	23,333				0,600	23,933	
Hälsan & stressmedicin	18,881					18,881	
HSN Norra	5 092,653					5 092,653	
HSN Södra	4 001,281					4 001,281	
HSN Östra	4 969,727					4 969,727	
HSN Västra	6 101,754					6 101,754	
HSN Gbg	9 579,821					9 579,821	
<i>Delsumma</i>	29 738,096					29 745,236	50,500
Regionutvecklingsnämnd	731,498					731,498	
Kulturnämnd	1 114,894					1 114,894	399,700
Miljönämnd	91,077					91,077	
Kollektivtrafiknämnden	4 415,036					4 415,036	
Koncernbanken	-477,649					-477,649	
Moderförvaltningen	2 201,431	5,096	-4,804	0,400		2 202,123	
Summa regionbidrag	50 234,280	0,000	0,000	0,000	0,000	50 234,280	1 717,900

Från: Sonja Gillving för HSS FB
Skickat: den 6 mars 2017 13:44
Till: PV VGPrimärvård; Anders Carlqvist; Peter Lönnroth; Karin Fröjd; Anna Wallman; Maria Dahlström Roos; Wenche Jenssen; Eva Arrdal; Leena Ekberg; Lasarett Alingsås; Anna Eriksson; KS/FSS Styrelsen FB; Frölundaspecialistsjukhus; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; Agneta Hamilton; Anders Jonsson; Ann Sörbo; Annette Trengde Jarlshammar; Boel Mörck; Carl Backman; Christer Nyman; Eva Blixt; Jan-Erik Damber; Johan Snygg; Katarina Andersson; Lars Rasmusson; Lars Rosengren; Lars Rydberg; Lars Magnus Andersson; Lena Hedlund; Lotta "Lotta" Wassén; Magnus Karlsson; Marie Lindh; Mikael Alsterholm; Mikael Edsbacke; Per Albertsson; Per Dahlberg; Peter Almgren; Rebecca Oscarsson; Stig Attvall; Susanne Mälsjö; Ann-Marie Olhede; Bill Hesselmar; Inger Hagqvist; Jan Carlström; Jarl Torgerson; Kajsa-Mia Olsson Holgers; Lena Gustafsson; Lise-Lotte Risö Bergerlind; Margareta Berzén; Robert Sinclair; Stephan "Stephan" Ehlers; Ulf Angerås; Agneta Patriksson; Anna Christiansson; Anna Lindhé; Christina "Tinna" Åhrén; Christina Möller; Kerstin Petrén; Lena Karlsson; Lena Kronvall; Mikael Bengtsson; PV Primarvården
Ämne: Expedierat HS 2017-00018, § 31-2017 - Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Regionuppdrag Hjärtsjukvård
Bifogade filer: Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Regionuppdrag Hjärtsjukvård.pdf; TU Regionuppdrag Hjärtsjukvård.pdf; Regionuppdrag hjärtsjukvård.pdf

Enligt sändlista

Översänder hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut, § 30-2017, angående Regionuppdrag hjärtsjukvård.
Diarienummer HS 2017-00018

Sonja Gillving
Nämndsekreterare
Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Enhet för styrelse- och nämndsekretariat
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Telefon: 010 - 441 30 73
sonja.gillving@vgregion.se

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

§ 30

Regionuppdrag Hjärtsjukvård

Diarienummer HS 2017-00018

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till Regionuppdrag hjärtsjukvård.

Sammanfattning av ärendet

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen den fastställda versionen av reviderade nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

Västra Götalandsregionen har valt ut ett antal centrala rekommendationer som kan medverka till en förbättrad hälsa bland regioninvånarna, med fler vunna levnadsår samt en förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet. Rekommendationerna är inom följande områden:

- Kranskärslsjukdom
- Klaffsjukdom
- Arytmi
- Hjärtsvikt
- Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel

I regionuppdraget beskrivs skillnaderna mellan, och konsekvenserna av de föreslagna riktlinjerna och dagens situation i Västra Götalandsregionen samt föreslås åtgärder för att nå Socialstyrelsens uppsatta behandlingsmål.

Följande åtgärder föreslås:

- Projektledare under 6-12 mån. Syfte: att analysera behov av rehab-insatser för personer med astma/KOL samt hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer.
- Regional utbildningsinsats för primär och slutenvård
- Öka antalet TAVI ingrepp
- Öka operativ behandling (förmaksplugg) vid förmaksflimmer.
- Öka antalet kateterablationer (Lungvensisolering vid förmaksflimmer)
- Öka CRT – p/CRT – defibrillator implantationer
- Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi
Implementering av screeningprogram och utbildningsinsatser.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-16

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

- Regionuppdrag hjärtsjukvård

Skickas till

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut skickas för kännedom och genomförande till:

- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård
- Samtliga sjukhusdirektörer
- Primärvårdsdirektör Närhälsan
- Primör
- Primör rehab
- Ordföranden i medicinska sektorsråd
- Koordinatorer i medicinska sektorsråd
- Medicinska rådgivare Koncernstab Hälso- och sjukvård
- Peter Lönnroth Koncernstab Hälso- och sjukvård
- Avdelningen Kunskapsstöd, Anders Carlqvist, Karin Fröjd, Anna Wallman, Maria Dahlström Roos, Wenche Jenssen
- Koncernstab utförarstyrning och samordning Eva Arrdal
- Avdelningen Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal Leena Ekberg

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande

Datum 2017-01-16

Diarienummer HS 2017-00018

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Handläggare: Wenche Jenssen

Telefon: 0730-93 05 56

E-post: wenche.jenssen@vgregion.se

Till hälso-och sjukvårdsstyrelsen

Regionuppdrag Hjärtsjukvård

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till Regionuppdrag Hjärtsjukvård.

Sammanfattning av ärendet

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen den fastställda versionen av reviderade nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

Västra Götalandsregionen (VGR) har valt ut ett antal centrala rekommendationer som kan medverka till en förbättrad hälsa bland regioninvånarna, med fler vunna levnadsår samt en förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet. Rekommendationerna är inom följande områden:

- Kranskärslssjukdom
- Klaffsjukdom
- Arytmi
- Hjärtsvikt
- Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel

I regionuppdraget beskrivs skillnaderna mellan, och konsekvenserna av de föreslagna riktlinjerna och dagens situation i VGR samt föreslås åtgärder för att nå Socialstyrelsens uppsatta behandlingsmål.

Följande åtgärder föreslås:

- Projektledare under 6-12 mån. Syfte: att analysera behov av rehab-insatser för personer med astma/KOL samt hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer.
- Regional utbildningsinsats för primär och slutenvård
- Öka antalet TAVI ingrepp
- Öka operativ behandling (förmaksplugg) vid förmaksflimmer.
- Öka antalet kateterablationer (Lungvensisolering vid förmaksflimmer)
- Öka CRT – p/CRT – defibrillator implantationer

Datum 2017-01-16
Diarienummer HS 2017-00018

2 (3)

- Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi
Implementering av screeningprogram och utbildningsinsatser.

Genomförande av beslut

Genomförandet av regionuppdraget kommer att följas upp fortlöpande av Koncernstab Hälsa- och sjukvård.

Finansiering

Totalt tar regionuppdraget upp ett ungefärligt beräknat behov av ökade kostnader med 50 mnkr under 2017. Av detta introduktionsfinansieras ca 2,4 mnkr via ordnat införande av särskilda utbildningar och introduktion av så kallad förmaksplugg. Övriga poster hänvisas till ordinarie beredning av vårdgarantiärenden och vårdöverenskommelser.

Beredning

Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av hälsa- och sjukvårdsstyrelsen och ges till hälsa- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen.

Förslag till regionuppdrag har gemensamt upprättats av Koncernstab Hälsa- och sjukvård och en arbetsgrupp bestående av alla delar av professionen som är involverade i hjärtsjukvården.

Förslaget till regionuppdrag har presenterats på Program och Prioriteringsrådet (PPR) den 16 december 2016.

Information enligt MBL § 19 har skett den 30 januari 2017.

Koncernstab hälsa- och sjukvård

Ann Söderström
Hälsa- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Avdelningschef Kunskapsstöd

Bilaga

- Regionuppdrag Hjärtsjukvård

Besluten skickas till

Hälsa- och sjukvårdsstyrelsen beslut skickas för kännedom och genomförande till:

- Samtliga utförarstyrelser inom hälsa- och sjukvård
- Samtliga sjukhusdirektörer
- Primärvårdsdirektör Närhälsan
- Primör
- Primör rehab

Datum 2017-01-16
Diarienummer HS 2017-00018

3 (3)

- Ordföranden i medicinska sektorsråd
- Koordinatorer i medicinska sektorsråd
- Medicinska rådgivare Koncernstab Hälso- och sjukvård
- Peter Lönnroth Koncernstab Hälso- och sjukvård
- Avdelningen Kunskapsstöd, Anders Carlqvist, Karin Fröjd, Anna Wallman, Maria Dahlström Roos, Wenche Jenssen
- Koncernstab utförarstyrning och samordning Eva Arrdal
- Avdelningen Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal Leena Ekberg



Västra Götalandsregionen

Datum: 2017-01-16

Diarienummer: HS 2017-00018

Koncernstab hälso- och sjukvård

Handläggare: Wenche Jenssen

Telefon: 0730 – 93 05 56

wenche.jenssen@vgregion.se

REGIONUPPDRAG HJÄRTSJUKVÅRD

Innehåll

Kranskärslssjukdom	4
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering	4
Stöd att sluta röka	9
Identifiera och behandla personer med nydebuterad depression	11
Klaffsjukdom	13
Kateterburen aortaklaffsimplantation	13
Arytmi	14
Antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer (läkemedel)	14
Behandling vid förmaksflimmer (operativ)	15
Kateterablation vid symptomgivande paroxysmalt förmaksflimmer	15
Hjärtsvikt	18
Behandling med spironolakton eller eplerenon.....	18
CRT-p/CRT-defibrillator	22
Fysisk träning inom hjärtrehabilitering	23
Samtal om innebörd av och möjlighet till inaktivering av defibrillatorns chockfunktion	24
Uppföljning vid multidisciplinär hjärtsviktsmottagning	25
Många av sjukdomarna behandlas i primärvården.....	26
Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel.....	28
Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi.....	28
Kaskadtestning vid andra genetiska hjärt-kärlsjukdomar	28
Uppföljning inom GUCH-verksamhet för vuxna med medfödda hjärtfel	29
Sammanfattning av åtgärder och tillkommande kostnader.....	0

Sammanfattning

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen den fastställda versionen av reviderade Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård.

Västra Götalandsregionen har under de senaste åren utvecklat ett arbetssätt för att ta hand om och stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården. Regionuppdrag är ett sätt att skapa en tydlig gemensam inriktning på hälso- och sjukvården i regionen. Syftet med dessa regionuppdrag är att främja vård på lika villkor samt ge vägledning för en kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Genom en systematisk uppföljning av regionuppdragens implementering kan en ökad följsamhet uppnås och lärande för fortsatt utveckling ske. Regionuppdragen ska vara en integrerad del i regionens ledningssystem för hälso- och sjukvården.

Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen.

En arbetsgrupp har för regionens del beskrivit konsekvenserna av de reviderade nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård och tagit fram vilka åtgärder som behöver vidtas för att nå upp till målen.

Regionen har valt ut ett antal centrala rekommendationer som kan medverka till en förbättrad hälsa bland regioninvånarna, med fler vunna levnadsår samt en förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet. Rekommendationerna är inom följande områden:

- Kranskärslssjukdom
- Klaffsjukdom
- Arytmi
- Hjärtsvikt
- Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel

Regionuppdraget riktar sig till beställare och utförare, såväl den offentligt drivna vården som den privata, med uppdrag att implementera de nya Nationella riktlinjerna i hälso- och sjukvården.

Följande åtgärder föreslås:

- Projektledare under 6-12 mån. Syfte: att analysera behov av rehab-insatser för personer med astma/KOL samt hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer.
- Regional utbildningsinsats för primär och slutenvård
- Öka antalet TAVI ingrepp
- Öka operativ behandling (förmaksplugg) vid förmaksflimmer.
- Öka antalet kateterablationer (Lungvensisolering vid förmaksflimmer)
- Öka CRT – p/CRT – defibrillator implantationer
- Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi
Implementering av screeningprogram och utbildningsinsatser.

Totalt tar regionuppdraget upp behov av ökade kostnader med 50 200 tKr under 2017.

Inledning

Socialstyrelsen arbetar med att uppdatera Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Arbetet innebär en revidering och vidareutveckling av de riktlinjer som har funnits sedan 2008. Nästan 40 % av dem som avlider i Sverige har hjärt-kärlsjukdom som dödsorsak. Forskningen gör ständiga framsteg inom området och ny kunskap har tillkommit sedan publiceringen 2008.

Huvudmännen förväntas analysera hur dagens verksamhet förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna, och göra bedömningar av vad som kommer att krävas för att anpassa verksamheten till rekommendationerna i riktlinjerna.

Syftet med detta uppdrag är att utarbeta en konsekvensanalys och ta fram ett beslutsunderlag för ett samlat arbete i regionen kring implementeringen av de reviderade nationella riktlinjerna för hjärtsjukvården.

I uppdraget ingår följande uppgifter:

- Ta fram en regional konsekvensbeskrivning som beskriver skillnaderna mellan, och konsekvenserna av de föreslagna riktlinjerna och dagens situation
- Planera och genomföra ett regionalt kunskapsseminarium tillsammans med Socialstyrelsen under februari-mars 2015
- Utarbeta förslag på synpunkter till Socialstyrelsen på de preliminära riktlinjerna. För regionens del redovisas dessa synpunkter till Socialstyrelsen av Hälso- och sjukvårdsdirektören
- Efter det regionala kunskapsseminariet komma med förslag på hur det fortsatta implementeringsarbetet ska ske

Uppdraget ska för regionens del utmynna i förslag till regionuppdrag för hjärtsjukvård.

Arbetet med Regionuppdraget Hjärtsjukvård leds av enheten för Kunskapsbaserad vård på Koncernstab Hälso- och sjukvård.

Arbetsgruppens representanter:

Per Albertsson, ordförande i Sektorsrådet Hjärtsjukvård

Bert Andersson, Läke-medelskommitténs regionala terapigrupp hjärta-kärl

Martin Risenfors, Sektorsrådet Hjärtsjukvård samt Läke-medelskommitténs regionala terapigrupp hjärta-kärl

Hans Tygesen, SÄS

Henrik Olsson, NU-sjukvården

Magnus Peterson, SkaS

Dirk Vleugels, Sektorsrådet Allmänmedicin

Tomas Bremholm, Koncernstab Hälso- och sjukvård, Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal

Anna Kjellström, Koncernavdelning Data och Analys

Ingrid Nielsen, Wenche Jenssen och Maria Dahlström Roos, Koncernstab Hälso- och sjukvård, Vårdens innehåll och kunskap

Hjärtsjukvård

Kranskärslssjukdom

Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Bereds tillsammans med regionuppdraget Astma/KOL

Hälso- och sjukvården bör

A03:02 erbjuda fysisk träning inom hjärtrehabilitering till personer med kranskärslssjukdom (prioritet 2)

Målnivå

>= 60 % vid uppföljning ett år efter hjärtinfarkt.

Gap/konsekvens i VGR

Utgångsläget 2014, 1 år efter hjärtinfarkt, är att det finns en stor spridning i regionens olika förvaltningar. Måluppfyllelsen varierar mellan 20-80 % med ett medelvärde på 50 % (rikssnittet ligger på 46 %¹). Kostnad per patient med fysisk träning, 24 tillfällen, beräknas till 13 000 kr.

Uppskattning av tillkommande kostnad i VGR, beräknat från SU:s underlag, innefattar 2 500 individer och uppgår grovt räknat till 34 mnkr/år.

Urval diagnoser: I500, I501, I509, I200, I201, I208, I209, I210, I211, I212, I213, I214, I214 A, I214B, I214W, I214X, I219, I220, I221, I228, I229, I230, I 235, I236, I 238, I 240, I 241 I 248, I 250, I251, I252, I253, I254, I255, I256, I257, I258, I259.

Åtgärd

Ge uppdrag att göra en fördjupad analys av rehab insatserna för patienter med hjärtsjukdom och Astma/KOL inom både slutenvård och primärvård. Det behövs en kartläggning över hela regionens situation gällande rehabilitering, möjlighet till resurser och lokaler. Vidare behöver det utredas orsakerna till att patienter väljer att inte fullfölja sin rehabiliteringsplan, vilka behandlingsmetoder som erbjuds och under vilken tid i sjukdomsförloppet. En kartläggning över ansvarsfördelning och överrapportering från slutenvård till primärvård bör göras.

Detta uppdrag ska resultera i:

- En plan för ökat deltagande i rehabilitering under både det initiala och det fortsatta sjukdomsförloppet, från slutenvård till primärvård, och för patienter enbart inom primärvård.
- Ett förslag till hur rehabilitering ska organiseras och genomföras för att öka deltagande i rehabiliteringsinsatserna både inom slutenvård och primärvård.
- Identifiera kvalitetsindikatorer, med regionala och nationella riktlinjer som grund, som kan följas i hela vårdkedjan.
- Personalens utbildningsbehov inom sluten- och primärvård.
- En plan för resurssättning av personal och lokaler.
- Ett förtydligande om ansvarsfördelningen på de olika vårdnivåerna och vilken kompetens som behövs på respektive vårdnivå

¹ Källa: Sephiaregistret, avser 75 år och yngre

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

För att stödja en likvärdig implementering av regionuppdragen för astma/KOL och hjärtsjukvård föreslås tillsättande av en projektledare under 6-12 månader som gör en fördjupad behovsanalys av rehab-insatser för personer med astma/KOL och personer med hjärtsjukvård inom både primärvård och slutenvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån analysresultatet beräknas i samband med analysens utarbetande.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator A.7 Fysisk träning inom specialiserad hjärt-rehabilitering efter hjärtinfarkt.

Hämtas ur SEPHIA – SWEDEHEART.

Täljare: Antal patienter som deltar i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid uppföljningstillfället 6-10 veckor efter hjärtinfarkt.

Nämnare: Totalt antal hjärtinfarktpatienter som registrerats i kvalitetsregistret SEPHIA och som är i livet 6-10 veckor efter hjärtinfarkten.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort. SEPHIA har i dagsläget fullgod registrering endast för patienter under 75 år. Av den anledningen är indikatorn för närvarande avgränsad till denna åldersgrupp.

Diagram A7. Specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

Andel patienter som deltar/ har deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt. Avser personer < 75 år.

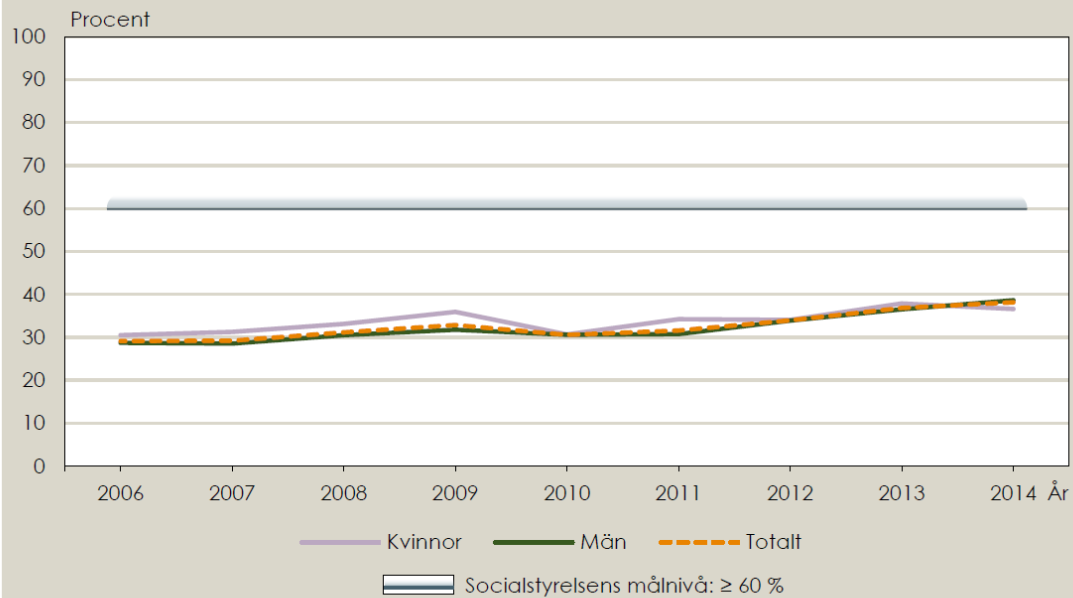
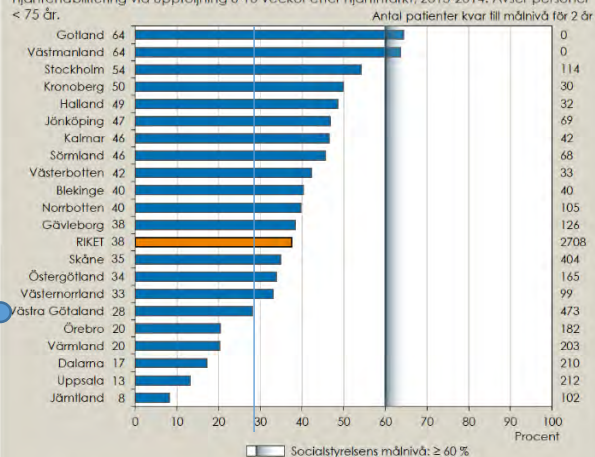


Diagram A7. Specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

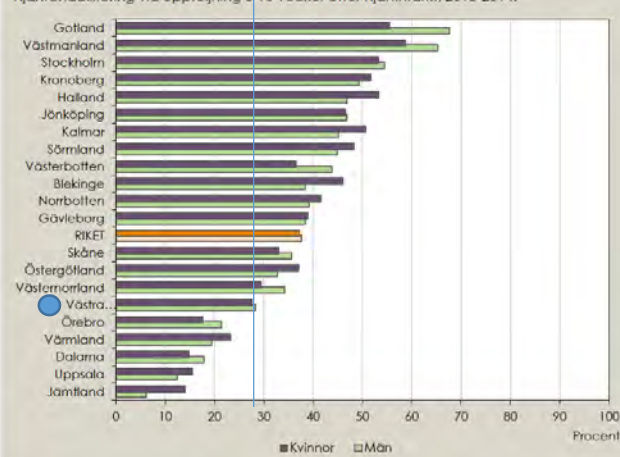
Andel patienter som deltar/ har deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt, 2013-2014. Avser personer < 75 år.



Källa: SEPHIA (SWEDEHEART).

Diagram A7. Specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

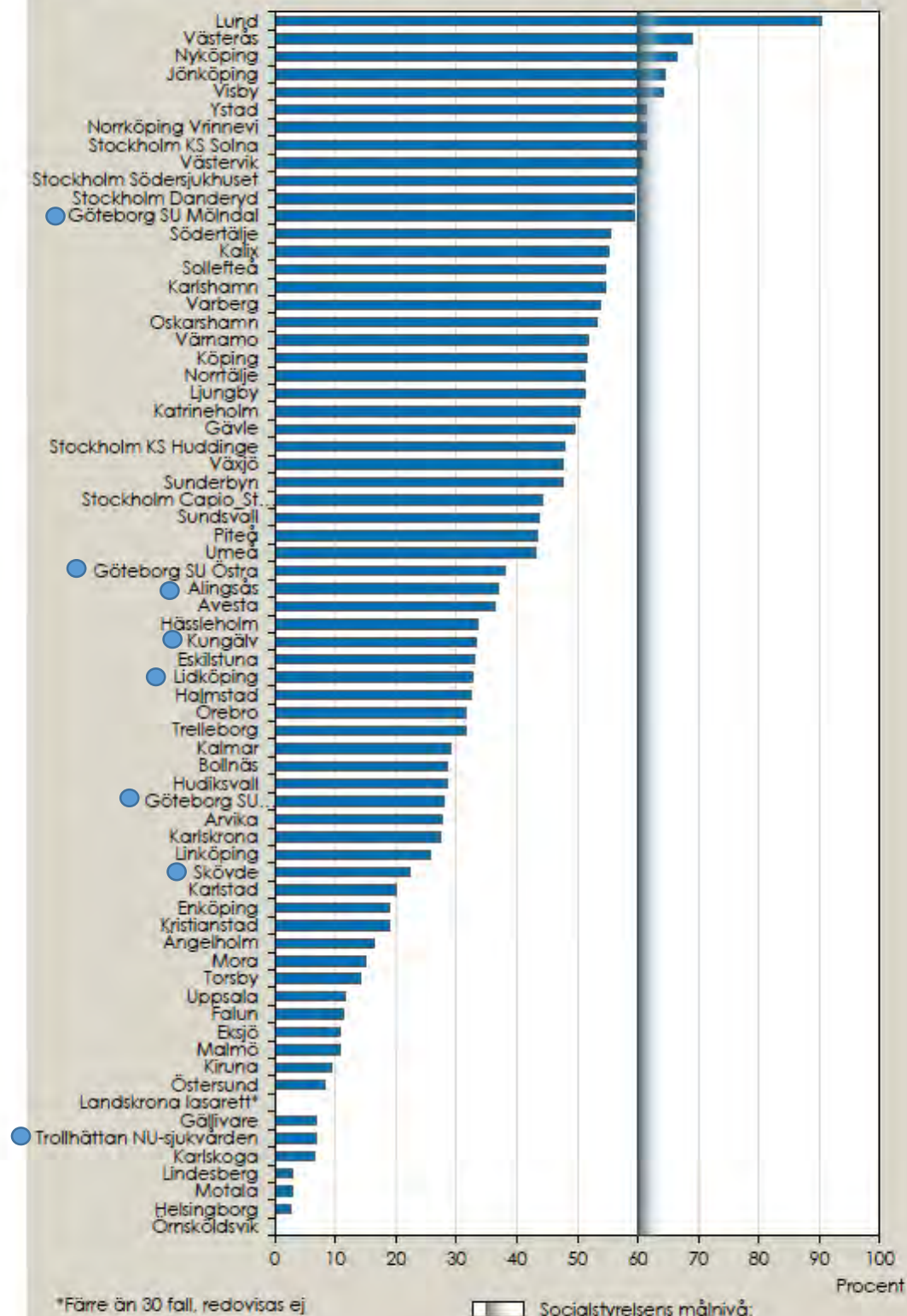
Andel patienter som deltar/ har deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt, 2013-2014.



Källa: SEPHIA (SWEDEHEART).

Diagram A7. Specialiserad hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt

Andel patienter som deltar/ har deltagit i fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt, 2013-2014.



Källa: SEPHIA (SWEDEHEART).

Stöd att sluta röka

Tobaksrökning är en viktig orsak till sjuklighet och förtidig död. Rökning hör även till en av de större riskfaktorerna för att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar, såsom hjärtinfarkt och kärlkramp. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innehåller rekommendationer om olika metoder för stöd att sluta röka och är därför ett viktigt komplement till riktlinjerna för hjärtsjukvård.

Hälso- och sjukvården bör

A03.03 erbjuda personer med kranskärlssjukdom stöd att sluta röka (prioritet 1)

Målnivå

Gap/konsekvens i VGR

Personer med akuta koronara syndrom erbjuds stöd för rökavvänjning på sjukhus.
Inom primärvården idag finns det krav på tillgång till personal med utbildning diplomerad tobaksavvänjare.

Åtgärd

Rökavvänjning ska sedan 2016 erbjudas vid alla primärvårdsenheter, enligt Krav- och kvalitetsboken. Andelen listade individer med ischemisk hjärtsjukdom som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om tobaksbruk utgör också en icke målrelaterad kvalitetsindikator för primärvården.

Insatser pågår inom regionuppdraget sjukdomsförebyggande metoder. HSD-D § 6-2015

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Ingen.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator A.6

Indikator från PV: andel listade individer med ischemisk hjärtsjukdom och som erhållit kvalificerat rådgivande samtal om tobaksavvänjning fr.o.m. jan 2016

Diagram A6. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel patienter som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt.

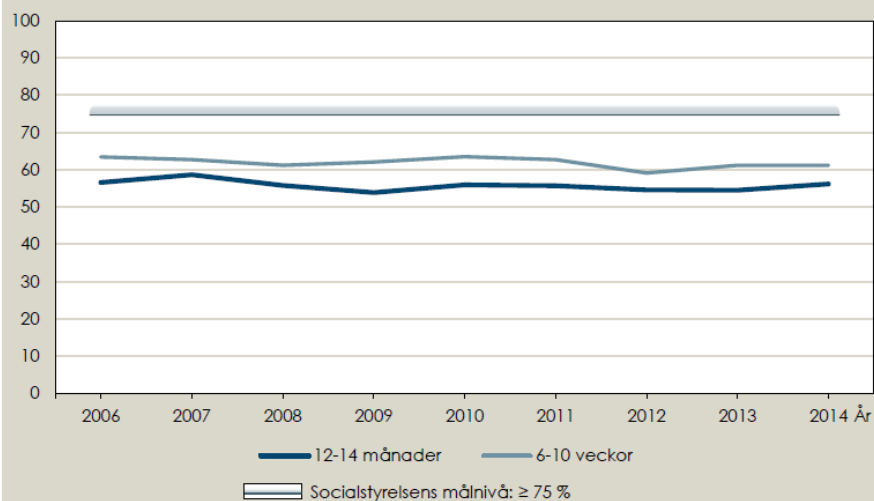


Diagram A6. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel patienter som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt, 2013-2014.

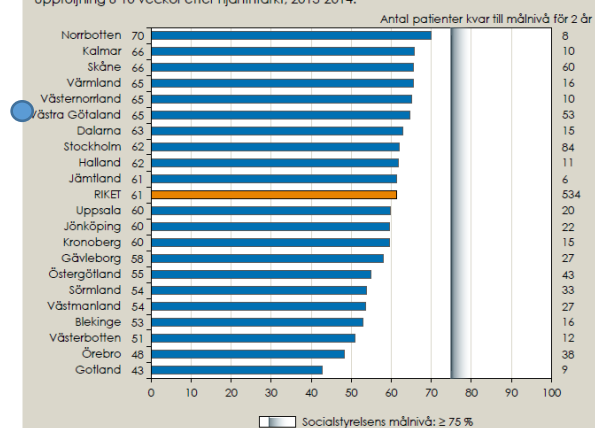
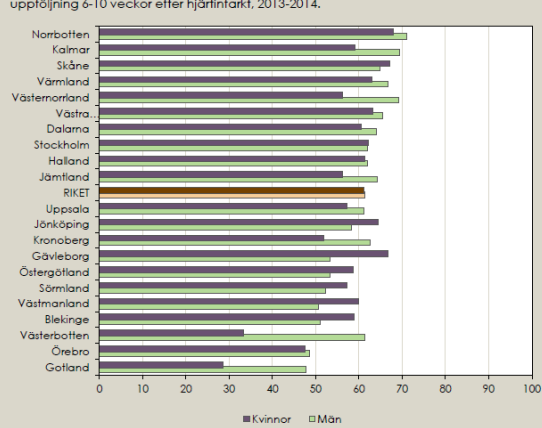
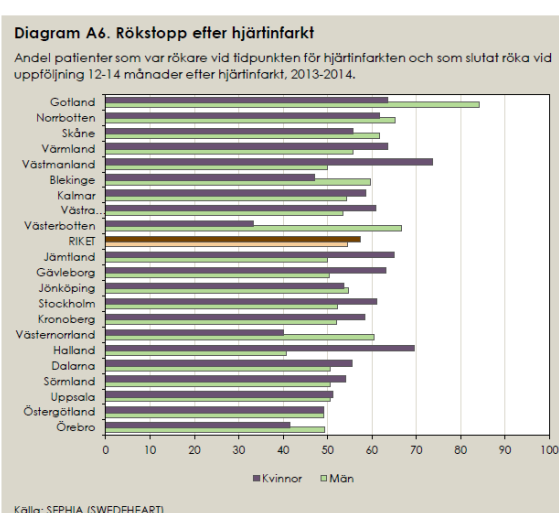
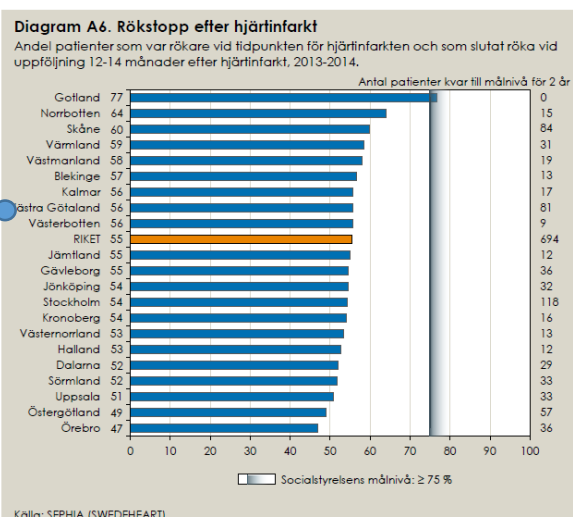


Diagram A6. Rökstopp efter hjärtinfarkt

Andel patienter som var rökare vid tidpunkten för hjärtinfarkten och som slutat röka vid uppföljning 6-10 veckor efter hjärtinfarkt, 2013-2014.





Identifiera och behandla personer med nydebuterad depression

Depression är en mycket vanlig sjukdom med en punktprevalens på 4-6 % i den allmänna befolkningen. Depression har visats vara en oberoende riskfaktor för korttidsmortalitet hos patienter med kranskärslssjukdom². Det finns däremot inga evidens för att farmakologisk behandling av depression skulle minska mortaliteten i koronar hjärtsjukdom även om aktiv behandling kan associeras med förbättrade värden för dess riskfaktorer³. Då det är förhållandevis lätt att diagnostisera depressionstillstånd, inledningsvis med validerade skattningsskalor som är fria att nyttja, bör inte tillståndet förbises. Ansvar för identifiering och åtgärd delas mellan vårdnivåerna sjukhusvård och primärvård varför det blir extra viktigt med samarbete över vårdgivarnas gränssnitt.

Hälsa- och sjukvården bör

A04.01-A05.01 identifiera och behandla personer med nydebuterad depression efter hjärtinfarkt, PCI eller kranskärlskirurgi.
(prioritet 4)

Målnivå

Anges inte.

Gap/konsekvens i VGR

Det finns skillnader i hur väl patienterna identifieras och i vilken utsträckning de erbjuds behandling och uppföljning. Vid sexveckorsuppföljning av infarktpatienter anger enbart enstaka personer att de är oroliga eller nedstämda i hög grad.

Åtgärd

Patienter med normal krisreaktion eller fatigue efter hjärtinfarkt hanteras vanligen via sjuksköterska på Hjärtrehabiliteringsmottagningar. De patienter som kräver ytterligare stöd hänvisas enligt lokala rutiner till sjukhuskurator eller remitteras aktivt till den primärvårdsenhet där patienten gjort sitt

2 van Dijk MR1, Utens EM2, Dulfer K2, Al-Qezweny MN1, van Geuns RJ1, Daemen J1, van Domburg RT3. Depression and anxiety symptoms as predictors of mortality in PCI patients at 10 years of follow-up. Eur J Prev Cardiol. 2016 Mar;23(5):552-8. doi: 10.1177/2047487315571889. Epub 2015 Feb 9.
3 Sherwood A1, Blumenthal JA, Smith PJ, Watkins LL, Hoffman BM, Hinderliter AL. Effects of Exercise and Sertraline on Measures of Coronary Heart Disease Risk in Patients With Major Depression: Results From the SMILE-II Randomized Clinical Trial. Psychosom Med. 2016 Feb 9

vårdval. Hospital Anxiety and depression scale (HAD-skalan) kan vara ett redskap för att identifiera dessa patienter. Livskvalitet enligt EQ5D (Sephia registret) kan bidra till den kliniska bedömningen men är inte validerat för screening av depression.

För att motverka organfokuseringen behöver utbildning för kranskärslssjuksköterskor genomföras. Uppdrag ges till lokal studierektor att utveckla sekundärpreventionen.

Åtgärden blir då: Regional utbildningsinsats för läkare och sjuksköterskor i sekundärprevention. Målgrupp är 50 personer. Kostnaden ingår i ramen för klinikernas eget fortbildningsansvar. Varje vårdgivare ansvarar för att följa gällande riktlinjer.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Ingen.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Ingen indikator angiven.

Andel med hjärtinfarkt som fått depressionsdiagnos inom 6 mån efter inskrivning, Västra Götaland

Depression	År	Antal hjärtinfarkter	Antal med depression	Procent
Hjärtinfarkter totalt	2013	3 776	243	6,4
- Ej tidigare depression inom fem år	2013	3 309	120	3,6
- Depression 1-5 år tidigare	2013	467	123	26,3
- män	2013	2 369	108	4,6
- kvinnor	2013	1 407	135	9,6
- 0-64 år	2013	915	80	8,7
- 65-79 år	2013	1 447	76	5,3
- 80-w år	2013	1 414	87	6,2

Källa: Vårddatabasen vega

Nämnare

- Hjärtinfarkt 2013
- Slutenvård
- Huvuddiagnos I21, I22
- Folkbokförd i VG

Fördelat på

- depressionsdiagnos någon gång 2008-2012, ja/nej
- ICD F32-F33 i primärvård, specialiserad öppen vård eller slutenvård.

Täljare

- Depressionsdiagnos inom 6 månader efter inskrivningsdatum för hjärtinfarkt
- ICD F32-F33
- primärvård, specialiserad öppen vård eller slutenvård.

Klaffsjukdom

Kateterburen aortaklaffsimplantation

Kateterburen aortaklaffsimplantation (TAVI) är en etablerad behandling som förbättrar symptom och ökar överlevnad i utvalda patientgrupper. För patienter som är avböjda från konventionell kirurgi är det den enda behandlingsmöjligheten, och nya studier visar att kateterburen intervention är minst lika bra som operation för patienter som är operabla men har hög risk för komplikationer.

Ingreppet sker på samtliga universitetssjukhus i landet. Västra Götalandsregionen är den region i landet som utför minst antal ingrepp per 100 000 innevånare. I till exempel Stockholm och Skåne utförs ingreppet i dubbelt så stor omfattning som i VGR.

Alla patienter diskuteras på en multidisciplinär konferens där kardiolog, thoraxkirurg och narkosläkare deltar.

Alla patienter som i dag behandlas är avböjda från kirurgi.

Beställningen är 50 ingrepp per år. Prognosen för 2016 är 90 ingrepp men med tanke på kö är behovet redan nu 130 ingrepp. Behovet för 2017 beräknas till 150 ingrepp.

Hälso- och sjukvården bör

B07.01 erbjuda kateterburen aortaklaffsimplantation till personer med uttalad symptomgivande aortastenosen och som inte är lämpade för öppen klaffkirurgi. (prioritet 3)

Målnivå

Gap/konsekvens i VGR

I dag finns beställning på 50 ingrepp per år i VGR. Under 2016 beräknas behovet vara 130 (110 ingrepp för att komma upp i riksgenomsnittet).

Åtgärd

Det krävs resurstillskott dels för ökat antal TAVI men även för ökade diagnostiska insatser (ultraljud) av potentiella kandidater.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Det finns redan under 2016 en kö på 40 patienter, och utan resurstillskott förväntas denna öka under 2017. Med hänsyn till grundsjukdom kan man förvänta en hög grad av lidande och en mycket hög mortalitet på väntelistan om väntetiden blir för lång.

Totalt finns med nuvarande personalstat och interventionssals-resurs möjlighet att behandla 90 patienter under 2017.

Resurstillskott beräknas på 6 mnkr behövs för att täcka den rörliga kostnaden till denna nivå (90 ingrepp, 150 000 rörlig kostnad per ingrepp).

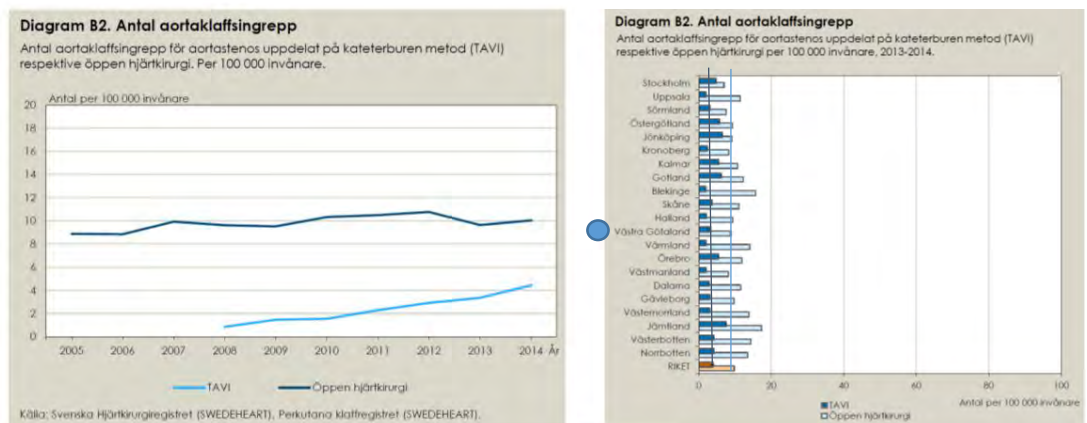
För att öka volymen ytterligare krävs förstärkt personalresurs, och kostnaden per ingrepp beräknas då till 180 000.

För att komma upp till riksgenomsnittet (obs 2015 års nivå) beräknas den ökande kostnaden till 9.6 mkr, och för att komma upp till förväntat behov 2017 krävs 16.8 mkr

Insatserna beräknas ge minskat behov av sjukhusvistelse för denna patientgrupp.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator B.2



Arytmi

Antikoagulationsbehandling vid förmaksflimmer (läkemedel)

Störningar i hjärtats rytm kallas arytmier. Den vanligaste arytmien är förmaksflimmer, vilket innebär en snabb, oregelbunden aktivering av hjärtats förmak som leder till oregelbunden och ofta även snabb hjärtrytm. Drygt 3 procent av den vuxna befolkningen i Sverige uppskattas ha förmaksflimmer och antalet ökar. Förmaksflimmer kan gå utan symtom men ger ofta obehag som trötthet och hjärtklappning. Förmaksflimmer är också en av de vanligaste orsakerna till proppbildning och stroke. Patienter med förmaksflimmer med riskfaktorer för stroke behandlas idag i första hand med oral antikoagulation (OAK). Hos patienter med absolut eller relativ kontraindikation mot OAK finns idag inget medicinskt alternativ. Regional medicinsk riktlinje för antikoagulantia vid förmaksflimmer är uppdaterad och fastställd i april 2016.

För personer som har kontraindikation för blodförtunnande läkemedel är stängning av vänster förmaksöra ett alternativ för att förebygga stroke. Sådan stängning görs med kateterteknik där en plugg sätts i förmaksörat.

Hälsa- och sjukvården bör

C16.01 erbjuda personer med förmaksflimmer och förhöjd risk för stroke behandling med apixaban, dabigatran, rivaroxaban eller warfarin. (prioritet 2)

Målnivå

Gap/konsekvens i VGR

Ingen signifikant skillnad i förskrivning per Hälsa- och sjukvårdsnämnd (HSN)

Målnivån på 80 % - i VGR finns det ett gap.

Åtgärd

Orala antikoagulantia (OAK) är rekommenderad läkemedelsbehandling varav NOAK förordas, framför allt vid nyinsättning.

Säkerställa att personer med indikationer för behandling med OAK erhåller detta på lämplig vårdnivå. Utmönstring av acetylsalicylsyra.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Föreslagna åtgärder kommer att leda till ökad förskrivning av föreslagna preparat vilket medför ökade kostnader framförallt för primärvården.

Kommer att innebära förskrivning för ytterligare 4000 patienter i VGR. Kostnaden beräknas till ca 7665 kr per patient och år.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 3:5

Behandling vid förmaksflimmer (operativ)

Hos patienter med absolut eller relativ kontraindikation mot OAK finns idag inget medicinskt alternativ. En stor andel av stroke vid samtidigt förmaksflimmer beror på embolisering av trombotiskt material från vänster förmaksöra. Via perkutan kateterburen teknik finns nu möjlighet att sluta denna struktur.

Dessa patienter slipper därmed allvarliga blödningskomplikationer och behov av livslång behandling (och kontroll) med OAK kan undvikas.

Hälso- och sjukvården bör

C18.01 erbjuda personer med förmaksflimmer, förhöjd risk att drabbas av stroke och kontraindikation för antikoagulantia, perkutan stängning av vänster förmaksöra. (prioritet 5)

Målnivå

Gap/konsekvens i VGR

För närvarande utförs ca 10 ingrepp per år i VGR

Behovet beräknas till ca 50 ingrepp per år i VGR Detta behov förväntas vara relativt stabilt under en tioårsperiod med nuvarande indikation.

Åtgärd

Antalet ingrepp i regionen bör öka från 10 ingrepp till 50 ingrepp. SEK 80 000/ingrepp

Dessa ingrepp utförs på verksamhet inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset i liten skala.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Den beräknade tillkommande kostnaden för material beräknas till 4mnkr. Kostnader för utökning av personal för verksamheten som idag utför ingreppen beräknas till 500 tkr

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Saknas

Kateterablation vid symptomgivande paroxysmalt förmaksflimmer

För patienter med symptomgivande, återkommande förmaksflimmer där läkemedelsbehandling inte varit framgångsrik eller bedömts som olämplig kan ablationsbehandling med kateterteknik vara aktuell. Behandlingen erbjuds för närvarande vid två centra i regionen med långa väntetider och där VGR vid en nationell jämförelse utför färre ingrepp än vad behovet i regionen är.

Hälso- och sjukvården bör

C10.01 erbjuda kateterablation till personer med symptomgivande paroxysmalt förmaksflimmer trots försök med rytmreglerande läkemedelsbehandling (prioritet 4)

C11.01 erbjuda kateterablation till personer med symptomgivande persisterande förmaksflimmer trots försök med rytmreglerande läkemedelsbehandling (prioritet 5)

Målnivå

Saknas

Gap/konsekvens i VGR

Antalet ablationsbehandlingar ökar både internationellt och nationellt. Framför allt är det vid förmaksflimmer som ökningen sker, pga. den höga förekomsten av denna arytmi och på grund av befolkningens ökande kunskap om möjlighet till effektiv behandling. Flimmerablationerna utgör idag ca 40 % av det totala ablationsantalet. Inom en 5-årsperiod kommer med största sannolikhet denna siffra att öka, troligen till 60 %.

Kateterablationsbehandling av förmaksflimmer sker idag vid 10 centra i Sverige, varav två i VGR, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs sjukhus, Skövde (Vid NU-sjukvården, NÄL utförs ablationer vid andra förmaksarytmier men inte förmaksflimmer).

VGR erbjuder inte sina invånare ablationsbehandling i samma omfattning som riket i stort trots att stora ansträngningar gjorts för att öka produktionen.

Ytterligare effektivisering bedöms inte vara möjlig utan tillskott av resurser, såväl i form av personalresurs som "ablationslaboratorium."

Väntetiden i riket ligger idag i medeltal på ca 5 månader för flimmerablation. I VGR är väntetiden ca 10 månader trots att ett stort antal ingrepp köps av extern vårdgivare (Stockholm)

Åtgärd

Antalet flimmerablationer ökar, behovet beräknas till 480 per år.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Vårdgarantin gäller för dessa ingrepp, och kostnaderna för att behandla patienterna vid andra centra (även utomlands) riskerar att öka dramatiskt. År 2015 skickades 68 patienter från Sahlgrenska sjukhuset till externa centra för ablationsingrepp, till en kostnad av 7.48 mkr. Prognosen talar för samma kostnad 2017

I regionen finns en beställning på 120 ingrepp.

Den rörliga kostnaden för ingreppen beräknas till 60 000 kr. Då behovet beräknas vara 480 ingrepp per år skulle den ökade rörliga kostnaden uppgå till 21.6 mnkr för att täcka behovet.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Följa volymer via KVÅ och ablationsregistret.

Följa antal patienter som skickas till annan vårdgivare.

Datakälla: Vega

Nämname

- Paroxysmalt förmaksflimmer

- ICD10 I480, I481, I489
- Huvuddiagnos och/eller bidiagnos
- Slutenvård eller specialiserad öppenvård
- Folkbokförd i VG

Täljare

- Kateterablationer
- Ingrepp i sluten eller öppen vård

Antal personer med paroxysmalt förmaksflimmerdiagnos och kateterablation, Västra Götaland

Könsuppdelat

År	Kateterablationer					
	Antal unika individer med paroxysmalt förmaksflimmer		Antal ablationer		Andel abl	
	Kön		Kön		Kön	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
2011	12782	9497	57	22	0.004	0.002
2012	13467	9891	92	46	0.007	0.005
2013	12656	9471	121	59	0.010	0.006
2014	12868	9740	165	81	0.013	0.008

Datakälla: Vega

Åldersuppdelat

	Kateterablationer								
	Antal p-FF			Antal abl			Andel abl		
	Ålder			Ålder			Ålder		
	0-64 år	65-79 år	80-w år	0-64 år	65-79 år	80-w år	0-64 år	65-79 år	80-w år
2011	3595	8992	9692	56	23	0	0,016	0,003	0
2012	3530	9637	10191	80	58	0	0,023	0,006	0
2013	3484	9353	9290	100	78	2	0,029	0,008	0
2014	3537	9631	9440	127	116	3	0,036	0,012	0

Datakälla Vega

Häls- och sjukvårdsnämndsområde

Datakälla: Vega

Hjärtsvikt

Hjärtsvikt är en av våra folksjukdomar som drabbar cirka 2 procent av befolkningen. Hjärtsvikt orsakas alltid av en eller flera bakomliggande sjukdomar, där kranskärslssjukdom och högt blodtryck är de vanligaste. Personer med hjärtsvikt har ofta symtom såsom andfåddhet, trötthet och ödem. Tillståndet är ofta allvarligt med en prognos som liknar den för avancerad cancer. Prognosen kan förbättras med modern behandling. Flera analyser har dock visat att många patienter inte får rekommenderad behandling.

För att ställa en säker diagnos krävs vanligen även ultraljudsundersökning av hjärtat. Basbehandlingen med läkemedel omfattar ACE-hämmare eller angiotensin receptorantagonister (ARB) samt betablockerare. Mineralreceptorantagonister (MRA) används som till basbehandlingen vid kvarstående symtom.

Motivering till rekommendationer

Behandling med spironolakton eller eplerenon

Behandling med MRA har visat sig ha god effekt vid kronisk hjärtsvikt och hjärtsvikt efter hjärtinfarkt. Behandling med MRA kräver kontroll och uppföljning av patienternas kaliumnivå och njurfunktion (blodprov).

Hälsa- och sjukvården bör

D10.01 erbjuda behandling med spironolakton eller eplerenon som tillägg till basbehandling till personer med hjärtsvikt NYHA II-IV och en ejektionsfraktion lägre än 35 procent. (prioritet 2)

D05.01 erbjuda behandling med eplerenon till personer med hjärtsvikt och som har haft hjärtinfarkt. (prioritet 2)

Målnivå

Alla patienter med hjärtsvikt ska inte behandlas med MRA. Ca 30 % har bevarad ejektionsfraktion (tömningsgrad) och har därför inte indikation för MRA. Uppskattad målnivå är att cirka 60 % av totala hjärtsviktspopulationen bör ha MRA-behandling, då 10 % beräknas ha kontraindikationer för behandlingen.

Gap/konsekvens i VGR

Användningen av MRA vid hjärtsvikt varierar över landet och i VGR, och behandlingen bedöms vara underutnyttjad. Endast cirka 40 % av hjärtsviktspatienterna får idag MRA i VGR (33-48 %). Användningen av MRA efter hjärtinfarkt är sannolikt betydligt lägre.

Åtgärd

Behandlingen med MRA är väl beskrivet i nationella riktlinjer samt i regionens RMR. Trots detta behövs sannolikt riktade utbildningsinsatser, särskilt till primärvården.

För att effektivt kunna ge rätt behandling till patienter med hjärtsvikt behövs i många fall undersökning av hjärtat med hjärtultraljud. Undersökningen görs på sjukhus och tillgången kan utgöra en begränsande faktor.

Uppföljning av insatta åtgärder skulle underlättas om det fanns tillgång till adekvata register. Ett nationellt kvalitetsregister (RiksSvikt) används dock inte av alla sjukhus och är dåligt använt i primärvården. Analys av regionala och nationella databaser för diagnos, dödsorsak och läkemedelsanvändning kan användas för att få en uppskattning av hur åtgärder används.

Öka antalet anslutna verksamheter (såväl sjukhusanknutna kliniker som vårdcentraler) till kvalitetsregistret RiksSvikt.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Det rör sig om relativt många patienter i VGR, men läkemedelsbehandlingen är ofta billig. Ett dyrare preparat (eplerenon) har nyligen haft patentutgång, varför kostnaden sjunker.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslöt i september 2016 om Ordnat Införande av läkemedlet Entresto.

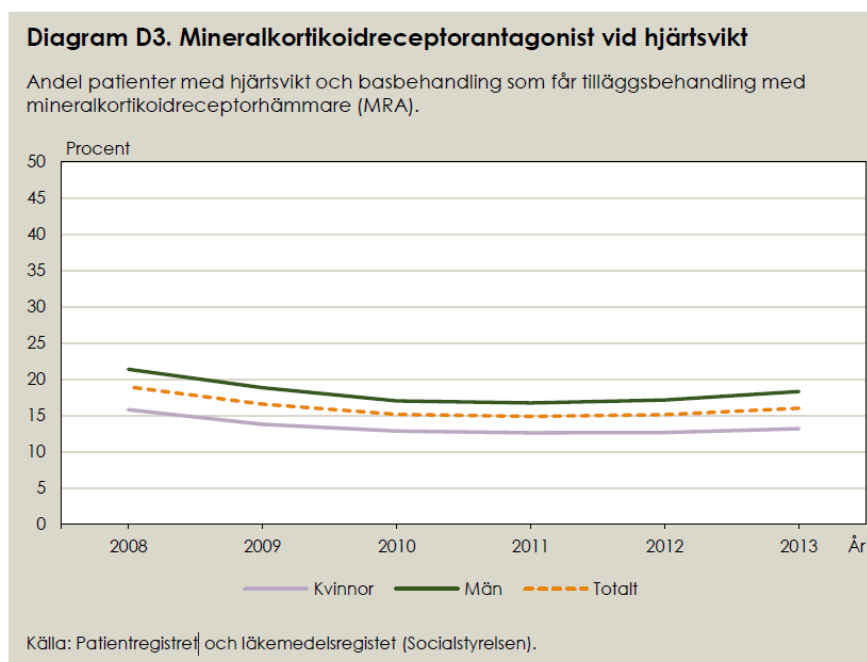
Behandling med MRA medför minskad risk för sjukhusvård, vilket utgör den stora kostnaden vid hjärtsvikt.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator D.3 finns bara på riksnivå, könsuppdelad.

Andelen patienter med diagnos hjärtsvikt som får förskrivet MRA-preparat kan följas i regionala och nationella vård- och läkemedelsregister.

Figur 1: Riket



Mineralkortikoidreceptorantagonist vid hjärtsvikt, Västra Götaland

Nämnamn hjärtsviktpatienter med basbehandling:

- Källa vårddatabasen vega:
- Alla åldrar
- ICD10: I11.0, I50, I43, I42 (ej I421, I422) källa SOS
- Huvud eller bidiagnos
- Specialiserad öppen eller slutenvård
- Unika individer som fått diagnos någon gång under en tvåårsperiod (ex 2014+2013 redovisas som 2014)
- I livet efter uppföljningsperioden (ex 2014-12-31)
- Källa läkemedelsdatabasen digitalis:

- Hämtat ut basbehandling någon gång under tvåårsperioden för diagnos eller nästkommande halvår (ex2014+2013 eller under första halvåret 2015)
 - o RAAS-hämmare ATC-kod: **C09, ej C09X**
 - o Betareceptorblockerare ATC-kod: **C07**

Täljare MRA:

- Källa läkemedelsdatabasen digitalis
- Hämtat ut MRA någon gång under tvåårsperioden eller under nästkommande halvår (ex2014+2013 eller under första halvåret 2015).
 - o Mineralkortikoidreceptorantagonist (MRA) ATC-kod: **C03DA**

Obs! Indikatoren är inte framtagen på samma sätt som Socialstyrelsen har tagit fram den i nationella riktlinjer - utvärdering 2015, och värdet för VG är därmed inte jämförbart med rikets värde. VG tillåter en bredare tidsperiod för uthämtning av läkemedel och får därmed en högre andel som hämtat ut. Eftersom VGs definition inte utgår från senaste vårdkontakten, utan hjärtsviktspopulationen, går det ej att få fram sjukhus, utan HSN istället.

(Socialstyrelsens definition: Nämnare: om man förekommit med hjärtsviktsdiagnos under en femårsperiod tex 2008-2012, senaste vårdkontakten, samt basbehandling inom 6 månader efter utskrivningsdatum.

Täljare: Hämtat ut MRA någon gång under 2013 i fallet ovan.)

Mineralkortikoidreceptorantagonist vid hjärtsvikt, Västra Götaland

	Kön	Ålder	HSN	Filar	Antal_hjsv	Antal	Procent
	.	.	.	2012	10364	3753	36,2
	.	.	.	2013	10656	4040	37,9
	.	.	.	2014	10768	4297	39,9
	Män*	.	.	2014	6427	2687	41,8
	Kvinnor*	.	.	2014	4287	1587	37,0
	.	00-79	.	2014	6451	2890	44,8
	.	80-w	.	2014	4317	1407	32,6
Åldersstand	.	.	21 Norra HSN	2014	2190	123,0	41,5
Åldersstand	.	.	22 Västra HSN	2014	2060	108,9	39,5
Åldersstand	.	.	23 Göteborgs HSN	2014	3018	143,6	36,3
Åldersstand	.	.	24 Södra HSN	2014	1569	100,9	47,7
Åldersstand	.	.	25 Östra HSN	2014	1931	86,1	32,9

*Könsskillnaden kvarstår efter åldersstandardisering

Basbehandling vid hjärtsvikt**Nämnare hjärtsviktpatienter med basbehandling:**

- Källa vårddatabasen vega:
- Alla åldrar
- ICD10: I11.0, I50, I43, I42 (ej I421, I422) källa SOS
- Huvud eller bidiagnos
- Specialiserad öppen eller slutenvård
- Unika individer som fått diagnos någon gång under en tvåårsperiod (ex 2014+2013 redovisas som 2014)
- I livet efter uppföljningsperioden (ex 2014-12-31)
- Källa läkemedelsdatabasen digitalis:

Täljare MRA:

- Källa läkemedelsdatabasen digitalis
- Hämtat ut basbehandling någon gång under tvåårsperioden för diagnos eller nästkommande halvår (ex 2014+2013 eller under första halvåret 2015)
 - o RAAS-hämmare ATC-kod: **C09, ej C09X**
 - o Betareceptorblockerare ATC-kod: **C07**

Obs! Indikatoren är inte framtagen på samma sätt som Socialstyrelsen har tagit fram den i nationella riktlinjer - utvärdering 2015, och värdet för VG är därmed inte jämförbart med rikets värde. VG tillåter en bredare tidsperiod för uthämtning av läkemedel och får därmed en högre andel som hämtat ut. Eftersom VGs definition inte utgår från senaste vårdkontakten, utan hjärtsviktspopulationen, går det ej att få fram sjukhus, utan HSN istället.

Basbehandling vid hjärtsvikt, Västra Götaland

	Kön	Ålder	HSN	Filar	Antal_hjsv	Antal	Procent
	.	.	.	2012	14035	10364	73,8
	.	.	.	2013	14184	10656	75,1
	.	.	.	2014	14208	10768	75,8
	Män*	.	.	2012	7982	6240	78,2
	Kvinnor*	.	.	2014	6047	4287	70,9
	.	00-79	.	2014	7806	6451	82,6
	.	80-w	.	2014	6402	4317	67,4
Åldersstand	.	.	21 Norra HSN	2014	2883	296,7	75,5
Åldersstand	.	.	22 Västra HSN	2014	2717	275,4	75,8
Åldersstand	.	.	23 Göteborgs HSN	2014	3994	395,7	75,4
Åldersstand	.	.	24 Södra HSN	2014	2020	211,7	77,5
Åldersstand	.	.	25 Östra HSN	2014	2590	261,6	74,2

*Könsskillnaden kvarstår efter åldersstandardisering

CRT-p/CRT-defibrillator

Behandlingen ger både minskad sjuklighet och minskad dödlighet. Indikationen för behandlingen har under åren tydliggjorts. VGR finansierade en ökad användning av behandlingen från 2008 genom ordnat införande och behandlingen lades ut på fyra centra i regionen (SU, NU-sjukvården, SKAS och SÄS). Trots detta har VGR fortsatt relativt låg användning av behandlingen.

Hälsa- och sjukvården bör

D12.01 erbjuda CRT-p/CRT-defibrillator till personer med hjärtsvikt (NYHA III-IV), nedsatt vänsterkammarmfunktion, vänstersidigt skänkelblock och sinusrytm. (prioritet 1)

D11.01, D13.01, D14.01 erbjuda CRT-p/CRT-defibrillator till personer med hjärtsvikt, ejektionsfraktion ≤ 35 procent, vänstersidigt skänkelblock och/eller VVI/DDD pacemaker med hög andel kammarpacing och NYHA II eller förmaksflimmer (prioritet 4)

Målnivå

Gap/konsekvens i VGR

Relativt lågt antal CRT utförs i VGR, vilket indikerar en underbehandling. Det behöver göras ytterligare 33 % utöver 2016 års nivå. En ökning med cirka 100 implantationer för att nå rikssnittet.

Patienter med indikation för behandlingen identifieras idag nästan uteslutande inom slutenvården men där finns en förbättringspotential, se nedan. Oklarheter kring indikationerna enligt prio 4 ovan torde ha bidragit då dessa indikationer tillkommit/tydliggjorts sedan 2008 års riktlinjer. Patienterna behöver dock även identifieras i Primärvården (PV) i större utsträckning. Inom PV finns inte sviktmottagningar överallt. Patienterna där är ofta multisjuka och då är inte hjärtsvikten alltid det som är mest angeläget att åtgärda.

Efter genomgång av hjärtjournaler vid SÄS och anteckningar i Melior under 2008 konstateras att av 23 patienter, som hade indikation men inte kontraindikation för device (sviktpacemaker och inopererade defibrillatorer) fick 15 patienter device inopererat (65,2 %).

Motsvarande siffror för 2013 var att 32 av 49 (65,3 %) fick device.

Konklusion: Mer än dubbelt så många patienter lämpliga för device identifieras 2013 jmf med 2008. Andelen där man avstått från device utan rimlig förklaring ligger fortsatt på 35 %.

Åtgärd

Öka antalet EKG undersökningar för målgruppen inom PV för att identifiera patienter med hjärtsvikt och samtidigt vänstersidigt skänkelblock.

Det behövs utbildningsinsatser för läkare och sjuksköterskor i primärvården.

Säkerställa att indikationer för device vid hjärtsvikt tolkas lika i VGR.

Öka registrering i Riks Svikt, möjlighet till direkt registrering via journal en betydande faktor.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Beräknad volymökning beräknas medföra en kostnadsökning à 100 – 150 tkr per år beroende på typ av dosa inkl. vårdtid och tid på operation. Denna ökning kan innebära en minskad kostnad för inskrivningar i slutenvård vid akut hjärtsvikt.

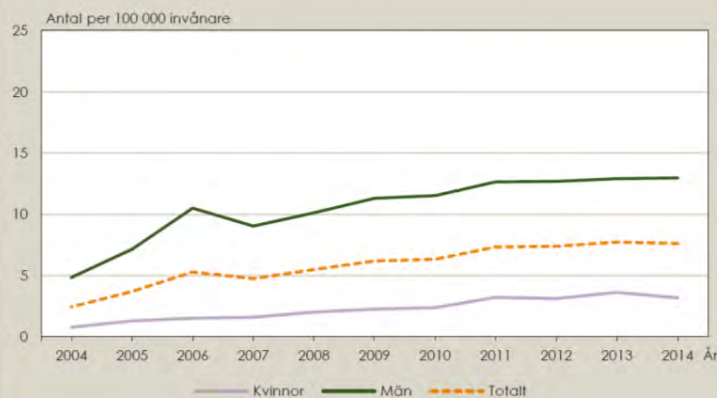
Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator D.4 Antal planterade sviktpacemakers (CRT) per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

ICD- och pacemakerregistret, (CRT-D och CRT-P)

Diagram D4. CRT-behandling vid hjärtsvikt

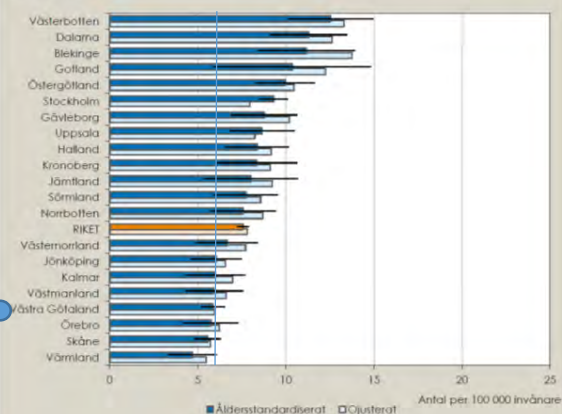
Antal implanterade sviktpacemakers (CRT) per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.



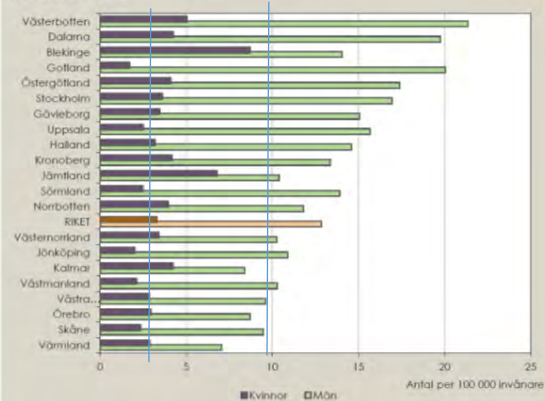
Källa: Svenska ICD- och pacemakerregistret.

Diagram D4. CRT-behandling vid hjärtsvikt

Antal implanterade sviktpacemakers (CRT) per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2012-2014.

**Diagram D4. CRT-behandling vid hjärtsvikt**

Antal implanterade sviktpacemakers (CRT) per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2012-2014.



Fysisk träning inom hjärtrehabilitering

Hälsa- och sjukvården bör

D06.01 erbjuda personer med kronisk hjärtsvikt fysisk träning inom hjärtrehabilitering. (prioritet 3)

Målnivå

Saknas

Gap/konsekvens i VGR

Poliklinisk träning erbjuds på sjukhus en tid efter vårdtillfället men patienterna remitteras inte över till PV för fortsatt träning. Finns inga rutiner finns för utremittering från sjukhusen och kommunikation mellan vårdcentral och patientvald rehab-enhet. Primärvård – Finns inga specifika insatser idag för denna grupp. Minska inläggningar vid hjärtsvikt!

Åtgärd

Ge uppdrag att göra en fördjupad analys av rehab insatserna för patienter med hjärtsjukdom och Astma/KOL inom både slutenvård och primärvård. Det behövs en kartläggning över hela regionens situation gällande rehabilitering, möjlighet till resurser och lokaler. Vidare behöver det utredas orsakerna till att patienter väljer att inte fullfölja sin rehabiliteringsplan, vilka behandlingsmetoder som erbjuds och under vilken tid i sjukdomsförloppet. En kartläggning över ansvarsfördelning och överrapportering från slutenvård till primärvård bör göras.

Detta uppdrag ska resultera i:

- En plan för ökat deltagande i rehabilitering under både det initiala och det fortsatta sjukdomsförloppet, från slutenvård till primärvård, och för patienter enbart inom primärvård.
- Ett förslag till hur rehabilitering ska organiseras och genomföras för att öka deltagande i rehabiliteringsinsatserna både inom slutenvård och primärvård.
- Identifiera kvalitetsindikatorer, med regionala och nationella riktlinjer som grund, som kan följas i hela vårdkedjan.
- Personalens utbildningsbehov inom sluten- och primärvård.
- En plan för resurssättning av personal och lokaler.
- Ett förtydligande om ansvarsfördelningen på de olika vårdnivåerna och vilken kompetens som behövs på respektive vårdnivå

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

För att stödja en likvärdig implementering av regionuppdragen för astma/KOL och hjärtsjukvård föreslås tillsättande av en projektledare under 6-12 månader som gör en fördjupad behovsanalys av rehab-insatser för personer med astma/KOL och personer med hjärtsjukvård inom både primärvård och slutenvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån analysresultatet beräknas i samband med analysens utarbetande.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Saknas

Samtal om innebörd av och möjlighet till inaktivering av defibrillatorns chockfunktion

Personer med hög risk för livshotande hjärtrytmrubbning kan behandlas med särskild pacemaker som kan bryta allvarlig rytmrubbning, vilket förebygger plötslig död. Dessa dosor benämns ICD.

Ibland ingår denna möjlighet i s.k. sviktpacemaker och benämns då CRT-D. Operationer görs på de större sjukhusen i regionen men efterföljande kontroller görs på alla sjukhus. Om man är mycket allvarligt sjuk och döende kan sjukvården, i samråd med patient, stänga av defibrillatorfunktionen utan att övriga funktioner i pacemakern påverkas. Alla sjukhus i regionen har rutiner för att muntligt och skriftligt informera om denna möjlighet vid nyimplantation men på de flesta sjukhus saknas rutiner för att fortlöpande informera och samtala kring detta svåra ämne. I takt med att patienten

utvecklar andra sjukdomar ställs ökande krav på samarbete över vårdgränserna vilket behöver utvecklas, t.ex. primärvård, hemsjukvård och palliativa enheter.

Hälso- och sjukvården bör

D16.01 erbjuda personer med ICD-behandling samtal om innebörden av och möjligheten till inaktivering av defibrillatorns chockfunktion under hela sjukdomsförloppet, men framför allt i livets slutskede. (prioritet 1)

Gap/konsekvens i VGR

I samband med ny implantation och dosbyte informeras patienterna redan idag om denna möjlighet. Hur detta hanteras i livets slutskede är helt okänt.

Åtgärd

Hälso- och sjukvården har idag bristande kunskap om hur och när man samtalar med patienter och närstående om innebörden och möjligheten till inaktivering av chockfunktionen fortlöpande under hela sjukdomsförloppet men särskild när patienten närmar sig livets slutskede. Målsättningen bör vara att undvika smärtsamma chocker i samband med döendet. Denna viktiga uppgift berör inte bara hjärtsjukvården utan flera vårdinstanser som primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, palliativa enheter.

Sjukhusens hjärtmottagningar behöver skapa rutiner för löpande information om möjlighet till inaktivering vid regelbundna kontroller och vid dosbyte. Information om möjlighet för patienter att beställa halsband med blixtsymbol från hjärtsjukas förening bör ges.

Enhetliga rutiner för dokumentation behöver skapas så man lätt identifierar patienter med ICD eller CRT-D. Vid överföring mellan vårdinstanser krävs rutiner för informationsöverföring om device i samband med individuell vårdplanering.

När patienten närmar sig livets slutskede präglas vårdförloppet av återkommande brytpunkter där samtal med patient och närstående bör äga rum och inriktningen på vården bör diskuteras: s.k. brytpunktssamtal. Möjligheten att inaktivera chockfunktionen ingår här som en självklar del. Arbete pågår i Regionen med att ta fram checklistor för allmän palliativ vård där detta kommer att tas upp i samband med ställningstagande till "EJ HLR".

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Inga tillkommande kostnader.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Saknas

Uppföljning vid multidisciplinär hjärtsviktsmottagning

Att erbjuda patienter med hjärtsvikt uppföljning vid hjärtsviktsmottagning med tillgång till läkare, sjuksköterska och fysioterapeut (och ibland andra yrkeskategorier) har i flera studier visat på goda resultat vad gäller livskvalitet och överlevnad. Dessutom har det visats medföra minskat behov av återinläggning efter tidigare sjukhusvård. Denna typ av mottagningsverksamhet finns i större eller mindre omfattning vid alla regionens sjukhus men i mycket liten omfattning inom primärvården.

D07.01 För patienter som vårdats på sjukhus för kronisk hjärtsvikt (NYHA II-IV) ger uppföljning på en hjärtsviktsmottagning

- en signifikant sänkning av morbiditet (evidensstyrka 1)
- en minskad mortalitet (evidensstyrka 2). (prioritet 2)

Gap/konsekvens i VGR

Sjukhusanknutna hjärtsviktsmottagningar finns redan idag, även om resursbrist begränsar tillgängligheten. Utbyggnad av dessa bedöms utgöra en betydligt större kostnad än om patienterna kan följas upp på ett väl strukturerat och organiserat sätt i primärvården. I primärvården är det endast en liten minoritet av vårdcentralerna som har etablerade hjärtsviktsmottagningar på motsvarande vis som redan diabetes- och astma/KOL-mottagningar är organiserade. Att åstadkomma primärvårdsbaserade hjärtsviktsmottagningar ryms inte inom nuvarande primärvårdsuppdrag varför resurser måste skjutas till. Dessa resurser bör, av kvalitetsskäl, vara förbehållna de vårdcentraler som har tillräckligt patientunderlag med kroniskt hjärtsviktssjuka personer. Baserat på beräkningar av befolkningstillväxt⁴ och prevalens för kronisk hjärtsvikt bör patientgruppen utgöra drygt 6 600 personer över 70 års ålder varav knappt 3 000 är över 80 års ålder. Uppskattningsvis kan då behövas ett resurstillskott på 13,4 mnkr.

Åtgärd

Önskemål om hjärtsjuksköterskor och resurser till Primärvården. Detta måste formuleras i kommande förfrågningsunderlag (KoK-bok) samt preciseras i ersättningsdokument. För att säkerställa kvalitetsaspekter bör krav dessutom omfatta registrering i nationellt kvalitetsregister. Tillräckligt antal utbildningsplatser för 15 högskolepoäng för sjuksköterskor, i hjärtsvikt i öppen och slutenvård, måste också säkerställas. Utbildningsinsatser bör också genomföras för att uppdaterade riktlinjer ska nå ut till behandlande läkare i primärvården.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

För att täcka ökade personalkostnader behövs ett resurstillskott om minst 13,4 mnkr. Därutöver behöver utbildningsinsatserna finansieras liksom eventuellt ökade läkemedelskostnader.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

SoS förordar målnivån ≥ 65 % uppnådd basbehandling för indikator D1⁵. Västra Götalandsregionen låg i detta avseende 2014 på nivån 59 %. (**Obs!** Indikatorn är inte framtagen på samma sätt inom VGR som Socialstyrelsen har tagit fram den i nationella riktlinjer - utvärdering 2015, och värdet för VG är därmed inte jämförbart med rikets värde.se sidan 21.) Korrekt inställd basbehandling minskar risken för sjukhusinläggningar, hjärtinfarkt och tidig död hos hjärtsviktpatienter. Med ovan angivna resurstillskott till primärvården bör samma krav på måloppfyllelse kunna resas även vid specialiserad vård vid hjärtsviktsmottagning i primärvård.

Många av sjukdomarna behandlas i primärvården

Primärvården har bland annat en viktig roll när det gäller att diagnostisera och behandla hjärtsjukdomar. I primärvården utförs också en omfattande del av den långsiktiga behandlingen,

⁴ Enligt VGR Statistikdatabas är det 2015 221.645 personer som är 70 år eller äldre i regionen. Om, lågt räknat, 3 % av dessa har hjärtsviktsdiagnos innebär det cirka 6.650 individer. En heltids distriktssköterska bedöms kunna administrera 250 patienter med kronisk hjärtsvikt. Det gör att behovet blir knappt 30 (27) sjuksköterskor. Med en medellön om 29.500 kr/mån + sociala avgifter medför detta ett resursbehov om 13.4 mnkr.

⁵ **Täljare:** Antal patienter som hämtat ut RAAS-hämmare (ATC-kod: C09, ej C09 X) och betablockerare (ATC-kod: C07) under uppföljningsperioden, och som är i livet vid uppföljningsperiodens slut.

Nämnare: Antal patienter som under aktuell mätperiod om 5 år vårdats i specialiserad öppenvård alternativt slutenvård med hjärtsvikt som huvud- eller bidiagnos, och som är i livet vid uppföljningsperiodens slut. Diagnoser som avses är enligt ICD 10: I50, I11.0, I42 (ej I42.1, I42.2), I43.

sekundärpreventionen och rehabiliteringen av patienter med hjärt-kärlsjukdom. Flera rekommendationer i riktlinjerna för hjärtsjukvård är av särskilt intresse för primärvården, dels för att kunna erbjuda rekommenderade åtgärder, dels för att veta när det är aktuellt att remittera patienter vidare för olika specifika åtgärder.

Åtgärd

Formulera ett uppdrag till de medicinska sektorsråden i allmänmedicin och hjärtsjukvård att tillsammans utforma ett program för utbildningsinsatser för primärvårdsnivån i VGR

Primärvården har en viktig roll i att upptäcka och diagnosticera hjärt- och kärlsjukdom i befolkningen. Primärvården har en omfattande del av den långsiktiga behandlingen vid hjärt- och kärlsjukdom och sekundärpreventionen samt rehabilitering av personer med etablerat hjärtsjukdom.

Implementering av ny kunskap inom en komplex sjukvårdsorganisation har visat sig gå långsam. Följsamheten till nya behandlingsmodeller är ofta bristfällig, så har t ex nyligen påvisats bristande följsamhet i primärvården till läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt trots gott vetenskaplig evidens. Forskning om implementeringsprocesser har pekat på behov av resurser till planering, information, utbildning som viktiga förutsättningar att lyckas med förändringsarbete. I samband med genomförandet av nya nationella riktlinjer för hjärtsjukvård föreslås ett regionalt utbildningsprogram riktad till primärvården. Detta bör tas fram gemensamt i samarbete mellan sektorsråden för kardiologi och allmänmedicin, Utbildningsinsatser bör genomföras lokalt i Göteborg, Borås, Uddevalla, Skövde där lokala kardiologklinikers specialistläkare medverkar.

Områden som ska belysas särskild:

- Kranskärlsjukdom: stöd att sluta röka, rekommendationer om olika metoder. Rehabilitering och fysisk träning.
- Arytmier: indikationer för antikoagulasbehandling vid kroniskt förmaksflimmer, riskbedömning enl CHA2DS2VASc2. Inaktivering av ICD.
- Hjärtsvikt: MRA-behandling som komplement till basbehandling. Identifiera patienter med behov av CRT-behandling. Rehabilitering och fysisk träning vid hjärtsvikt.
- Familjär hyperkolesterolemi hos barn och vuxna: identifiera individer, kartlägga familjehistoria, kliniska undersökningar.

Utbildningstillfällen bör även ta upp ansvarsfördelning mellan kardiologi och primärvården vad gäller utredning- och behandlingsansvar vid hjärtsjukdom, en översyn och framtagande/revidering av RMR pågår.

Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel

Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi

Familjär hyperkolesterolemi (FH) är ett tillstånd med hög svårighetsgrad som medför stor risk för förtida död om den inte diagnostiseras. Om diagnos ställs i tid kan dock insjuknande i sjukdom (kardiovaskulär) och död i princip helt förhindras då behandlingen med kolesterolsänkande läkemedel är mycket effektiv. Det råder en klar underdiagnostik av tillståndet i hela landet.

Prevalensen i befolkningen är 0.2%

E03:01 erbjuda barn och vuxna med kraftigt förhöjda nivåer av totalkolesterol eller LDL-kolesterol diagnostik av familjär hyperkolesterolemi med hjälp av kliniska undersökningar och familjehistoria eller DNA-test (prioritet 3)

Gap/konsekvens i VGR

Patienter med FH kontrolleras och diagnostiseras vid lipidmottagningen Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Hittills har 200 individer en klar diagnos via genetisk testning. Totala antalet individer med denna mutation beräknas till 3000 i VGR.

Åtgärd

Det nationella målet är att 85 % av alla individer i Sverige skall vara diagnostiserade 2025.

Ett omfattande screeningprogram måste implementeras och dessutom måste det satsas på utbildning inom såväl primärvården som sjukhusvården.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Analysmetoden (next generation sequencing) är introducerad vid klinisk genetik, Sahlgrenska via ordnat införande. Denna metod används för att identifiera mutation hos proband ("primärfallet"). När denna är känd testas förstegradssläktingar via konventionell metod.

Övriga laboratoriekostnader beräknas till 600tkr och personalkostnader till 1300 tkr = tillkommande kostnad på 1.9mkr/år

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Kaskadtestning vid andra genetiska hjärt-kärlsjukdomar

Patienter med ärftliga kardiomyopatier, kärl- eller arytmijsjukdomar kan nu erbjudas kardiogenetisk vägledning. Vid diagnoser där genetisk diagnostik är möjlig och rekommenderad kan man efter vägledning besluta om molekyलगenetisk utredning. I de fall där den sjukdomsalstrande mutation identifierats hos patienten kan mutationsscreening erbjudas förstegradssläktingar för att fastställa vilka som löper risk att utveckla sjukdom

E04:01 erbjuda kaskadtestning med klinisk eller genetisk undersökning för att identifiera genetisk hjärt-kärlsjukdom hos förstegradssläktingar till personer med familjär kardiomyopati, familjär jonkanalsjukdom, familjära thorakala aortaaneurysmer och aortadissektioner (inklusive Marfans syndrom) eller familjär hyperkolesterolemi (prioritet 3)

Gap/konsekvens i VGR

Det finns ett väl fungerande kardiogenetiskt centrum i VGR, placerat vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Utbildningsinsatser har genomförts och fortsatt arbete pågår via Sektorsrådet i hjärtsjukvård.

Åtgärd

Fortsatta utbildningsinsatser.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Inga tillkommande kostnader

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Saknas

Uppföljning inom GUCH-verksamhet för vuxna med medfödda hjärtfel

E06:01 erbjuda vuxna personer med medfödda hjärtfel uppföljning inom GUCH-verksamhet (prioritet 2)

Gap/konsekvens i VGR

Fungerar bra i VGR. Behovet relativt väl tillgodosett genom ett specialiserat GUCH-center på SU/Östra som byggt upp ett i stort sett välfungerande nätverk av kardiologer på övriga sjukhus för kunskapsöverföring och även t ex växelvård av vissa patientgrupper.

Åtgärd

Ingen åtgärd.

Beräknad tillkommande/avgående kostnad för VGR

Inga tillkommande kostnader.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Saknas



Västra Götalandsregionen
Datum: 2017-01-16
Diarienummer: HS 2017-00018

Koncernstab hälso- och sjukvård
Handläggare: Wenche Jenssen
Telefon: 0730 – 93 05 56
wenche.jenssen@vgregion.se

Sammanfattning av åtgärder och tillkommande kostnader

Område	Aktivitet	År/omfattning	Kostnad	Ansvar
Kranskärslssjukdom	Projektledare under 6-12 månader. Syfte: att analysera behov av rehab-insatser för personer med astma/KOL samt hjärtsjukvård.	2017	300 tKr	Koncernstab Hälso- och sjukvård
	Regional utbildningsinsats	2017	200 tkr	Sektorsrådet Hjärtsjukvård och Koncernstab Hälso- och sjukvård
Klaffsjukdom	Öka antalet TAVI ingrepp till 150 ingrepp	2017	16 800 tkr *	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Arytmi				
	Utmönstring av acetylsalicylsyra	2017	Ingår i regional utbildningsinsats	Koncernstab Hälso- och sjukvård
	Öka operativ behandling (förmaksplugg) vid förmaksflimmer från 10 till 50 ingrepp	2017	4 500 tkr	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
	Öka antalet kateterablationer (Lungvensisolering vid förmaksflimmer) till 480 per år	2017	21 600 tkr	Sahlgrenska Universitetssjukhuset och SkaS

Hjärtsvikt	Behandling med spironolakton eller eplerenon		Ingår i regional utbildningsinsats	Sektorsrådet Hjärtsjukvård och Koncernstab Hälsa- och sjukvård
	Öka antalet anslutna verksamheter och täckningsgrad i RiksSvikt.	2017	Ingår i uppdraget	Sektorsrådet Hjärtsjukvård
	Öka CRT – p/CRT – defibrillator implantationer till 150 ingrepp/år	2017 - 2018	5 000 tkr	Kardiologiverksamheterna i VGR
	Öka antalet EKG undersökningar i primärvården	2017	Ingår i uppdraget	
	Utbildningsinsatser i primärvården		Ingår i regional utbildningsinsats	Sektorsrådet Hjärtsjukvård och Koncernstab Hälsa- och sjukvård
Samtal om inaktivering av defibrillatorns chockfunktion	Säkerställa informationsövergången mellan olika vårdnivåer och vård- och boendeformer vid inaktivering av device.	2017	Ingår i regional utbildningsinsats	Sektorsrådet Hjärtsjukvård och Koncernstab Hälsa- och sjukvård
Genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel	Diagnostik och kaskadtestning av familjär hyperkolesterolemi Implementering av screeningprogram och utbildningsinsatser	2017 -2025	1 900 tkr/år*	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Totalt			50 300 tkr/ 31 500 tkr**	

*Är nominerat för Ordnat införande Etapp 1, 2017.

** Kostnad exklusive Ordnat införande.



Västra Götalandsregionen

Datum: 2017-01-16

Diarienummer: HS 2017-00018

Koncernstab hälso- och sjukvård

Handläggare: Wenche Jenssen

Telefon: 0730 – 93 05 56

wenche.jenssen@vgregion.se

Bilaga

Rapporterna är publicerade och finns tillgängliga online för nedladdning och finns även för beställning av tryckt exemplar.

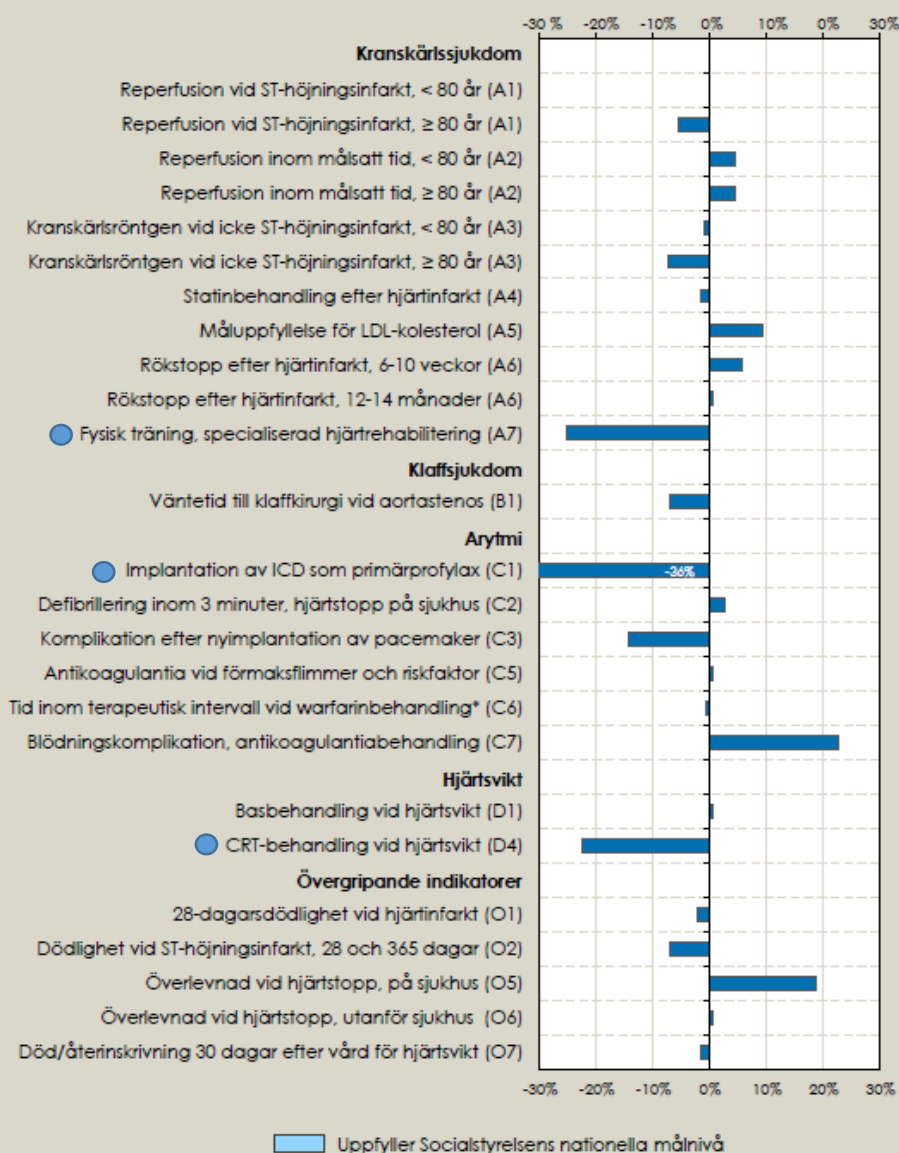
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-5>

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-16>

Landstingsprofil Västra Götaland

Västra Götaland, landstingsprofil

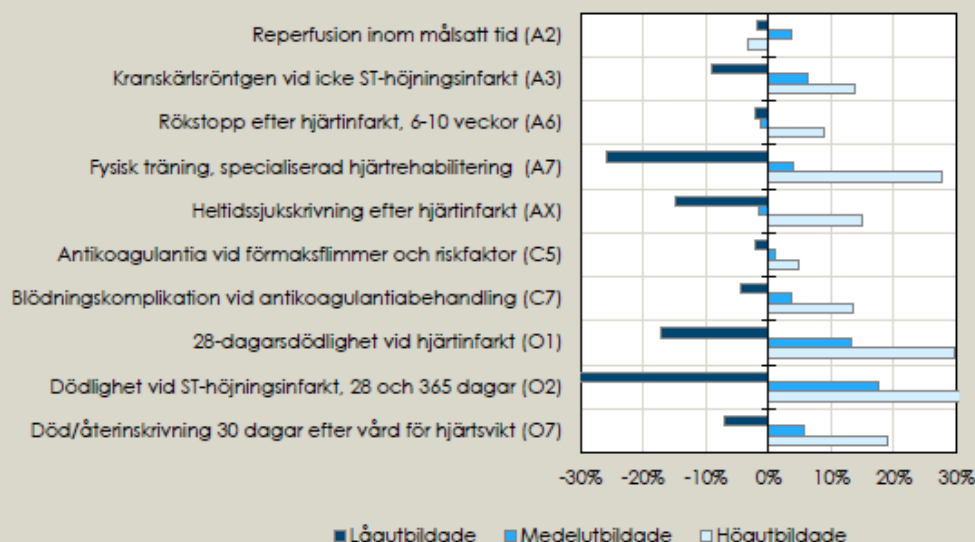
Diagrammet visar landstingets procentuella utfall i förhållande till rikets genomsnittliga värde för ett urval av indikatorer. Stapel till vänster om mittlinjen indikerar ett svagare värde, stapel till höger ett starkare värde.



Utbildningsnivå

Västra Götaland. Socioekonomisk profil på länsnivå - utbildningsnivå

Diagrammet visar den procentuella avvikelser från länets medelvärde för personer med olika utbildningsnivå. Stapel åt höger visar ett bättre, och stapel åt vänster ett sämre resultat i förhållande till länets medelvärde.

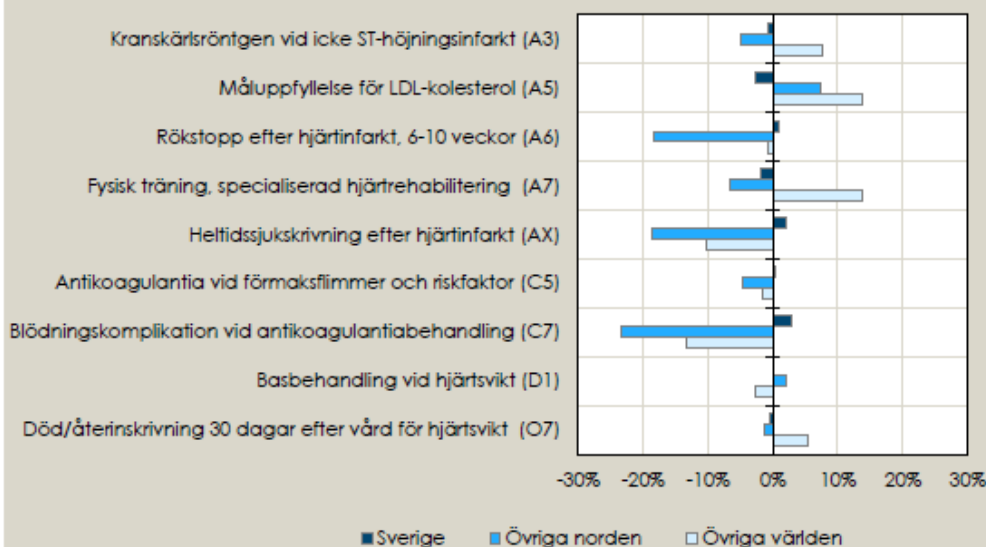


Källa för respektive indikator återfinns i huvudrapporten.

Födelseland

Västra Götaland. Socioekonomisk profil på länsnivå - födelseland

Diagrammet visar den procentuella avvikelser från länets medelvärde för personer med olika födelseland. Stapel åt höger visar ett bättre, och stapel åt vänster ett sämre resultat i förhållande till länets medelvärde.



Från: Julia Leonsson för Regionstyrelsen
Skickat: den 8 mars 2017 13:43
Till: Expediering
Ämne: Studentforum - information till nämnder och styrelser
Bifogade filer: studentforum - information till nämnder och styrelser.pdf

Till samtliga nämnder och styrelser

Översänder information från fullmäktiges presidium om studentforum i Västra Götalandsregionen.

Med vänlig hälsning
Julia Leonsson
Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Mobil: 076-940 27 35
Epost: julia.leonsson@vgregion.se

Datum 2017-03-08
Diarienummer RS 2016-05853

Till samtliga nämnder och styrelser

Studentforum - dialog med studentkårerna i Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsen har den 28 september 2016 beslutat om Studentforum för dialog med studentkårerna i Västra Götalandsregionen. Regionfullmäktiges presidium samordnar kontakterna med studentkårerna vid universitet och högskolor i Västra Götaland inom det ansvar som presidiet har för demokratiarbete och medborgardialog. Grunden i arbetet är att de frågor som studentkårerna lyfter behöver tas upp med respektive ansvarig nämnd.

Fullmäktiges presidium kommer med stöd av tjänstemän inom Koncernkontoret att bereda de frågor som studentkårerna och regionen vill ta upp till dialog så att de hamnar hos rätt politisk nämnd.

Detta innebär att nämnder och styrelser kommer att bjudas in till dialog om frågor från Studentforum som ligger inom respektive nämnds ansvarsområde. Det är då värdefullt om ni tar er tid att medverka.

Studentforum innebär också en möjlighet för nämnder och styrelser att lyfta frågor med studentkårerna. Nominera in era frågor via e-post till regionstyrelsen@vgregion.se

Eventuella frågor om Studentforum hänvisas till:
Frida Bjurström frida.bjurstrom@vgregion.se , tel: 070-32 33 936

Regionfullmäktiges presidium
genom

Joakim Larsson (MP)
Fullmäktiges ordförande

Från: Julia Leonsson för Regionstyrelsen
Skickat: den 22 mars 2017 08:44
Till: Expediering; RS Koncernkontoret Bolag DG; RS Koncernkontoret
Förvaltningschefer DG; Erik Lagersten; Linn Riedl
Kopia: Emma Mattsson
Ämne: Beslut från regionstyrelsen 2017-03-07, § 54 Riktlinje för flaggning vid Västra
Götalandsregionens verksamheter 2017-2022
Bifogade filer: RS § 54 2017.pdf; Riktlinje för flaggning vid Västra Götalandregionens
verksamheter.pdf

Hej!

Översänder beslut från regionstyrelsen 2017-03-07, § 54 Riktlinje för flaggning vid Västra
Götalandsregionens verksamheter 2017-2022. Diarienummer RS 2016-07168.

Bifogar även den riktlinjerna.

Med vänlig hälsning
Julia Leonsson
Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Mobil: 076-940 27 35
Epost: julia.leonsson@vgregion.se



Protokoll från regionstyrelsen, 2017-03-07

§ 54

Riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017- 2022

Diarienummer RS 2016-07168

Beslut

1. Regionstyrelsen antar riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2022.
2. Regionstyrelsen rekommenderar samtliga förvaltningar och bolag att tillämpa riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2022.

Reservationer

Heikki Klaavuniemi (SD) reserverar sig mot beslutet till förmån för sitt eget yrkande.

Sammanfattning av ärendet

En riktlinje har tagits fram för hur och när flaggor ska hissas vid Västra Götalandsregionens verksamheter. Riktlinjen beskriver i huvudsak vad som gäller för:

- Västra Götalandsregionens flagga
- Svenska flaggan
- Pride-flaggan
- Internationell flaggning
- Flaggning vid dödsfall
- Flaggning vid särskilda händelser

Rekommendationen är att riktlinjen ersätter alla övriga riktlinjer och rutiner för flaggning inom Västra Götalandsregionen verksamheter.

Beredning

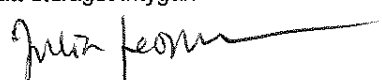
Ärendet behandlades på **ägarutskottet** den 15 februari 2017.

Beslutsunderlag

- Protokoll från ägarutskottet 2017-02-15
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-31.
- Riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2022

Yrkanden på sammanträdet

Heikki Klaavuniemi (SD) yrkar att regler för internationell flaggning lyfts in enligt vad som anförts i bilaga § 54 och att Pride-flaggan stryks bort som flaggrekommendation i riktlinjerna enligt bilaga § 54.

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

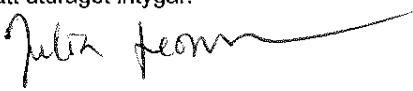
Protokoll från regionstyrelsen, 2017-03-07

Beslutsgång

Ordförande ställer liggande förslag mot Heikki Klaavuniemis (SD) yrkande och finner att regionstyrelsen beslutat enligt liggande förslag.

Skickas till

- Västra Götalandsregionens styrelser och nämnder, för rekommenderad tillämpning
- Västra Götalandsregionens förvaltnings- och bolagschefer, för rekommenderad tillämpning
- erik.lagersten@vgregion.se för spridning till kommunikationschefer för kännedom
- linn.riedl@vgregion.se för kännedom

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

Regionstyrelsen

2017-03-07



Yrkande

Ärende 7 Riktlinje för flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter 2017- 2022

I sammanfattningen av ärendet listas de flaggar som skall få förekomma samt vid vilka tillfällen de ska användas.

De flaggor som anses vara lämpliga att använda är;

- Västra Götalandsregionens flagga
- Svenska flaggan
- Pride-flaggan
- Internationell flaggning

När det gäller internationell flaggning anser Sverigedemokraterna att flaggning endast ska ske när vi tar emot ett lands officiella företrädare, eller när vi uppmärksammar landet av annan orsak under förutsättning att detsamma följer FN:s deklaration om mänskliga rättigheter. Detta är tyvärr inget som lyftes upp i de annars väl framskrivna riktlinjerna. Det är viktigt att vi som offentlig myndighet i Sverige står upp för de värderingar vi har nationellt.

När det gäller pride-flaggning så anser vi ej att den flaggan ska rekommenderas att användas. Om den defacto ändå används så ser vi inga hinder i detta, men i rekommendationen bör den inte finnas med.

Det finns kommuner som säger nej till flaggan, bland andra Öckerö.

Det gäller att se flaggan till vad den faktiskt är, en organisationsflagga. I Sverige finns uppskattningsvis 140.000 föreningar, varav åtskilliga som arbetar för att stärka de mänskliga rättigheterna. Det känns omotiverat att endast en av dessa föreningars färger/symboler ska uppmärksammas i de flaggrekommendationer vi antar.

En enkel, tydlig, strikt och restriktiv flaggpolicy skall gälla i regionen.

Flaggor har en stark symbolik och regionen måste därför avhålla sig från att välja sida bland Sveriges alla organisationer och idédrivna rörelser.

I annat fall kommer vi att ställas inför väldigt många avvägningar framöver, där andra grupper kan förväntas åberopa likabehandlingsprincipen vilket kan orsaka inflation i flaggning.

Det kan gälla kulturella, religiösa eller etniska grupper, funktionshindrade, kvinnoförbund, IOGT-NTO, Bris, Rädda Barnen, Röda Korset etc, etc.

Däremot känns det motiverat att om enskilda förvaltningar och verksamheter väljer att uppmärksamma en viss förening med flaggning, så bör det vara klart att den föreningens verksamhet ska kunna försvaras av regionen som offentlig myndighet.

Sverigedemokraterna yrkar

Att Regler för internationell flaggning lyfts in enligt vad som anförts ovan samt

Att Pride-flaggan stryks bort som flaggrekommendation i riktlinjerna

Heikki Klavuniemi

Regionråd (SD)

M 164

Beslutad av: Regionstyrelsen 2017-03-07

Diarienummer: RS 2016-07168

2016-12-22

Riktlinje för Flaggning vid Västra Götalandsregionens verksamheter

Följande riktlinjer gäller för hissande av flaggor vid Västra Götalandsregionens verksamheter där förutsättningarna för flaggning finns.

Riktlinjen gäller för: Samtliga verksamheter inom Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar:

Koncernstab kommunikation och externa relationer



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

Innehåll

Västra Götalandsregionens flagga.....	3
Svenska flaggan	3
Pride-flaggan	3
Internationell flaggning.....	3
Flaggning vid dödsfall.....	4
Flaggning vid särskilda händelser	5
Information vid flaggning	5
Allmänna flaggdagar	5
Tidtabell allmän flaggning	6
När flaggan ska slängas.....	6

Västra Götalandsregionens flagga

Västra Götalandsregionens (VGR) flagga ska vara hissad dygnet runt då ej annat påbjudes. Om man vill använda VGR:s flagga tillsammans med svenska flaggan, ska den svenska flaggan alltid inneha hedersplatsen. VGR-flaggan är en företagsflagga och har inte samma status som nationsflaggor eller FN-, EU-, läns-, landskaps-, stifts- och kommunalflaggor och den följer alltså inte samma regler. Om VGR-flaggan placeras tillsammans med dessa flaggor ska den inte placeras bättre än dessa utan placeras ytterst.

Svenska flaggan

Svenska flaggan ska vara hissad vid allmänna flaggdagar och enligt tidtabell se nedan.

Pride-flaggan

Som ett led i kampen för människors lika värde är det lämpligt att hissa Pride-flaggan (regnbågsflaggan) i samband med lokala Pride-evenemang. Observera att om Pride-flaggan kombineras med den svenska flaggan så ska den svenska flaggan alltid inta hederspositionen.

Internationell flaggning

Vid officiella utländska besök kan aktuell nationsflagga hissas, varvat med svenska flaggor. Svenska flaggan intar då alltid hedersplatsen. Om besöket är från ett EU-land, kan man flagga även med EU-flaggan.

Vid flaggning på flera flaggstänger används begreppen heraldiskt höger och heraldiskt vänster.

Vid internationell flaggning intar svenska flaggan alltid hedersplatsen.

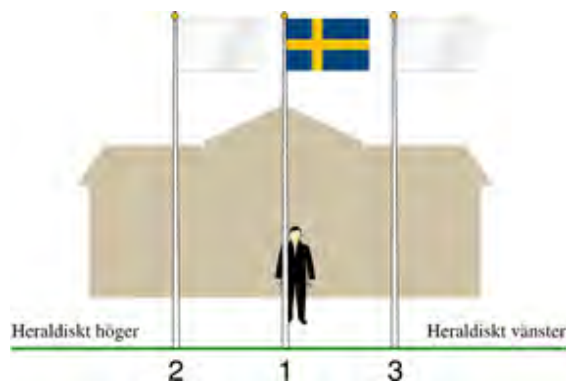
Övriga nationsflaggor hissas i bokstavsordning från hedersplatsen och utåt enligt ländernas namn på svenska.

Flaggorna hissas varannan till heraldiskt höger och varannan till heraldiskt vänster, det vill säga placeringen bestäms stående framför stängerna med ryggen mot byggnaden.

Om antalet flaggstänger är udda hissas svenska flaggan på den mittersta stängen. Är antalet flaggstänger jämna hissas svenska flaggan på flaggstängen närmast till höger från mitten (betraktandes med ryggen mot byggnaden). Om det behövs, hissas svenska flaggor på de yttersta flaggstängerna för att de inte ska stå tomma.

Vid flaggning med olika typer av flaggor ser rangordningen ut på följande sätt: Nationsflagga, FN-flagga, EU-flagga, landskapsflagga, länsflagga och kommunflagga.

Exempel för tre flaggstänger vid flaggning för en utländsk nation:



Svenska flaggan på hedersplatsen och utländsk nation på stängen nr 2 och 3.

Flaggning för två utländska nationer:

Svenska flaggan på hedersplatsen och utländska nationer på stängen nr 2 och 3 i bokstavsordning.

Om byggnaden är försedd med tre fasadflaggstänger hissas flaggor enligt bilden.

Om t.ex. en Länsstyrelse vill flagga med svenska flaggan och EU-flaggan, hissas svenska flaggan på flaggstång nr 1, EU-flaggan på nr 2 och Länsstyrelsens flagga på nr 3.

Se <https://riksarkivet.se/internationell-flaggning> för fler exempel.

Flaggning vid dödsfall

Vid medarbetares eller förtroendevalds bortgång samt är det önskvärt att flaggan hissas på halv stång på begravningsdagen. Flaggning på halv stång kan även göras på dödsdagen om bortgången då är känd. Annan dag kan dock beslutas av administrativ chef, eller motsvarande, till exempel om minnesstund med externa gäster äger rum eller för det fall annan dag anses viktigare att uppmärksamma på grund av kulturella eller religiösa skäl. Det kan vara lämpligt att inhämta de anhörigas synpunkter på flaggning.

Först hissas flaggan i topp och omedelbart därefter halas till 2/3 av stångens höjd. När jordfästningen ägt rum, hissas flaggan i topp, varefter den nedhalas antingen omedelbart eller enligt tidtabell för allmän flaggning, se ovan.

Flaggning på halv stång äger företräde framför allmänna flaggdagar men är underordnat flaggning vid särskilda händelser.

Flaggning vid särskilda händelser

Vid särskilda händelser då flaggning påbjudes från nationell nivå skall dessa rekommendationer följas.

Information vid flaggning

Vid flaggning med svenska flaggan, internationell flaggning och flaggning på halv stång ska information om anledningen anslås vid fastighetens/anläggningens huvudingång eller i nära anslutning till flaggstången där så är praktiskt möjligt.

Allmänna flaggdagar

1 januari	Nyårsdagen
28 januari	Konungens namnsdag
12 mars	Kronprinsessans namnsdag
Rörlig	Påskdagen
30 april	Konungens födelsedag
1 maj	1 maj
Rörlig	Pingstdagen
6 juni	Sveriges nationaldag och svenska flaggans dag
Rörlig	Midsommardagen
14 juli	Kronprinsessans födelsedag
8 augusti	Drottningens namnsdag
Rörlig	Dag för val till riksdagen (andra söndagen i september vart fjärde år)
24 oktober	FN-dagen
6 november	Gustaf Adolfsdagen
10 december	Nobeldagen
23 december	Drottningens födelsedag
25 december	Juldagen

Flaggning med svenska flaggan på andra dagar än ovan beslutas av Regiondirektören.

Tidtabell allmän flaggning

Från 1 mars till och med 31 oktober gäller:

Flaggan hissas klockan 08.00

Flaggan halas ner vid solnedgången dock senast klockan 21.00

Från 1 november till och med 28(29) februari:

Flaggan hissas klockan 09.00.

Flaggan halas ned vid solnedgången dock senast klockan 21.00

Om flaggan är belyst får den vara hissad efter solens nedgång.

När flaggan ska slängas

En flagga som är sliten, trasig eller urblekt bör inte flaggas med. Hur en uttjänt flagga ska förstöras finns inga tydliga regler för. Men grundregeln är att även en kasserad flagga bör behandlas med respekt och att en gammal flagga inte ska ligga och skräpa eller användas till annat. Ett sätt är att klippa ner flaggan till enbart blå och gula tygbitar – då är det inte en flagga längre och tygbitarna kan slängas på lämpligt sätt.

Gamla flaggor bör inte brännas av miljömässiga skäl eftersom de ofta är gjorda av polyester.

Från: Sonja Gillving för HSS FB
Skickat: den 6 april 2017 11:12
Till: Lise-Lotte Risö Bergerlind; Malin Camper; HSN FB; PV VGPrimärvård; Anders Carlqvist; Lasarett Alingsås; Anna Eriksson; KS/FSS Styrelsen FB; Frölundaspecialistsjukhus; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; PV Primarvarden
Ämne: Expediering av HS 2016-00094- Protokollsutdrag, § 74, från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 mars 2017 - Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende
Bifogade filer: Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 mars 2017 - Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktl....pdf; Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.docx; HS 2016-00094-1 Rapport Regionuppdrag NR för vård och stöd vid missbruk och beroende version 170 941657_1_0.docx; Handlingsplan - till följd av uppdatering av NR för vård och stöd vid missbruk och beroende-efter PB.docx; Protokollsutdrag från Psykiatriberedningens sammanträde den 15 mars 2017 - Regionuppdrag för vård och stöd vid missbruk och beroende.docx

Enligt sändlista på beslut

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut 2017-03-28, § 74,
Angående Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende
Diarienummer HS 2016-00094

Sonja Gillving
Nämndsekreterare
Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Enhet för styrelse- och nämndsekretariat
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Telefon: 010 - 441 30 73
sonja.gillving@vgregion.se

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-03-28

§ 74

Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Diarienummer HS 2016-00094

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regionuppdrag med tillhörande handlingsplan för vård och stöd vid missbruk och beroende.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att årligen följa upp arbetet med genomförandet av de insatser och åtgärder som föreslås.

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen har i april 2015 publicerat reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

En kartläggning har genomförts av hur Västra Götalandsregionens verksamheter förhåller sig till de rekommendationer inom området som Socialstyrelsen anger, samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra regionens missbruks- och beroendevård med särskilt fokus på jämlik vård samt vilka konsekvenser åtgärderna får.

Regionuppdraget innehåller följande rekommendationer:

- Kraftfulla åtgärder och insatser när det gäller utbildning, fortbildning, långsiktig kompetensutveckling och personalförstärkning.
- Styrdokument som beskriver insatser samt ansvarsfördelning mellan vårdnivåer.
- Förändringar inom provtagningsområdet för införande av nya test och utmönstring av icke-prioriterade tester.
- Utvecklingsinsatser för att utveckla missbruk- och beroendevården tillsammans med kommunerna för en effektiv och sömlös vårdkedja för att personer med missbruks och beroende ska få jämlik vård och bättre tillgång till rekommenderade metoder.

För att hålla detta samman föreslås en projektledare.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-03-20
- Rapport: Regionuppdrag till följd av uppdatering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende med tillhörande dokument (handlingsplan)
- Protokollsutdrag från psykiatriberedningen 2017-03-15, § 10

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-03-28

Skickas till

- Enhet kunskapsstöd för psykisk hälsa för genomförande och vidarebefordran till berörda sektorsråd
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom
- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård för kännedom
- Anders Carlqvist

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande
Datum 2017-03-20
Diarienummer HS 2016-00094

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Malin Camper
Telefon: 070-0816991
E-post: malin.camper@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Regionuppdrag till följd av uppdatering av Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regionuppdrag med tillhörande handlingsplan för vård och stöd vid missbruk och beroende.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att årligen följa upp arbetet med genomförandet av de insatser och åtgärder som föreslås.

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen har i april 2015 publicerat reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

En kartläggning har genomförts av hur Västra Götalandsregionens verksamheter förhåller sig till de rekommendationer inom området som Socialstyrelsen anger, samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra regionens missbruk- och beroendevård med särskilt fokus på jämlik vård samt vilka konsekvenser åtgärderna får.

Regionuppdraget innehåller följande rekommendationer:

- Kraftfulla åtgärder och insatser när det gäller utbildning, fortbildning, långsiktig kompetensutveckling och personalförstärkning.
- Styrdokument som beskriver insatser samt ansvarsfördelning mellan vårdnivåer.
- Förändringar inom provtagningsområdet för införande av nya test och utmönstring av icke-prioriterade tester.
- Utvecklingsinsatser för att utveckla missbruk- och beroendevården tillsammans med kommunerna för en effektiv och sömlös vårdkedja för att personer med missbruks och beroende ska få jämlik vård och bättre tillgång till rekommenderade metoder.

För att hålla detta samman föreslås en projektledare.

Datum 2017-03-20
Diarienummer HS 2016-00094

2 (4)

Fördjupad beskrivning av ärendet

De reviderade nationella riktlinjerna är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och har tydligt samverkansfokus eftersom ansvaret för missbruk- och beroendevård åligger både landsting och kommun. Riktlinjerna i sin helhet syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt granskade och effektiva åtgärder samt utgör ett underlag för systematiska prioriteringar. Riktlinjerna innehåller rekommendationer inom flera områden såsom testning, bedömningsinstrument, läkemedel och psykologisk behandling. För första gången finns också rekommendationer som rör ungdomar, personer med läkemedelsberoende och personer i behov av psykosociala stödinsatser. Områdena spelberoende, dopning, tobak och riskbruk ingår inte i dessa nationella riktlinjer.

Socialstyrelsen konstaterar att det finns stora regionala skillnader, att missbruks- och beroendevård når få personer med ett beroende, att få huvudmän erbjuder få alternativa behandlingsinsatser och att användning av läkemedelsbehandling är begränsad.

Enkät till verksamheterna

En enkät till verksamheterna skickades ut under våren 2014, när remissversionen av riktlinjerna inledningsvis presenterades. På grund av låg svarsfrekvens inleddes arbetet med regionuppdraget under hösten 2015 med att ta fram en ny enkät som skickades ut till verksamheter inom primärvården, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Svarsfrekvensen var låg även vid denna enkät, som innehöll frågor om följsamhet till riktlinjerna till verksamheterna.

Analys

De slutsatser som dras av såväl bortfall som av besvarade enkäter tyder på att följsamhet till rekommenderade insatser är låg. Det råder ett stort gap mellan de nya riktlinjerna och nuvarande vårdpraxis, även beträffande de rekommendationer kring metoder som presenterades 2007.

Patienter oavsett ålder med missbruk och beroende nås i låg grad av evidensbaserade/rekommenderade metoder, få mottagningar/enheter erbjuder alternativa behandlingsinsatser. Det kan antas att det finns inomregionala skillnader men detta är svårbedömt pga. det stora bortfallet. Sannolikt är kunskapsnivån om rekommendationerna låg. Det framkommer också att området innebär oklar ansvarsfördelning mellan vårdnivåer då flera vårdaktörer inte ser sig ha ansvar för insatser och åtgärder vid missbruk och beroende och det kan antas att patienter bOLLAS mellan vårdgivare då ansvarsfördelningen är oklar. Det finns ett uppenbart behov av såväl utbildning, implementeringsstöd som kunskapsutveckling.

Övriga projekt som pågått i linje med regionuppdraget

Beträffande läkemedelsberoende har samtidigt med regionuppdraget ett regionalt projekt syftande till att minska ny-insättningar av bensodiazepiner pågått. Projektet har haft som tilläggsuppdrag att även se över behovet av stöd till långtidsanvändare och har i den delen valt att inkludera även analgetikaberoende

Datum 2017-03-20
Diarienummer HS 2016-00094

3 (4)

och rekommendationer för denna del av läkemedelsberoende har omhändertagits där. Beslut kring detta fattades av hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 27 april 2016.

Finansiering

För utbildnings- och fortbildningskostnader finns avsatta medel genom hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut den 28 september 2016 om användning av statsbidraget kring psykisk ohälsa 2017.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fattade även beslut den 28 september 2016 om att avsätta 8 mnkr av totalt 75 mnkr förstärkningsinsatser inom psykiatri till insatser inom regionuppdrag nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Dessa 8 mnkr är än så länge odefinierade men beräknas täcka kostnader för projektledning och exempelvis för ökade laboratoriekostnader av att införa rekommenderade analyser inom specialistpsykiatri.

Möjlighet att skapa integrerade verksamheter och mottagningar i samverkan med kommuner, ex. genom s.k. Mini-Maria-verksamheter för ungdomar liksom tillnyktringsverksamheter, bör utredas ytterligare och bör inkludera utredning av finansiering på lång sikt.

När det gäller kostnader inom område alkoholberoende kan en ökad användning av framför allt akamprosat och naltrexon förutses. Dessa kostnader beräknas öka successivt. Baserat på nationella beräkningar innebär detta en kostnadsökning på ca 8,5 mnkr för Västra Götalandsregionens del när det är fullt infört. Dessa läkemedel kommer att nomineras till introduktionsfinansiering via Ordnat införande

Beredning

Arbete med regionuppdrag, rapport och handlingsplan har fortgående stämts av med sektorsråden för allmänmedicin, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Program- och prioriteringsrådet ställde sig bakom regionuppdraget vid sitt möte den 20 januari 2017.

Fackliga organisationerna har fått information enligt MBL § 19 den 13 mars 2017.

Psykiatriberedningen har behandlat ärende 2017-03-15, § 10, och föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regionuppdrag med tillhörande handlingsplan för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Koncernstab hälso- och sjukvård

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Avdelningschef kunskapsstöd

Bilagor

- Rapport: Regionuppdrag till följd av uppdatering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende med tillhörande dokument (handlingsplan)
- Protokollsutdrag från psykiatriberedningen 2017-03-15 , § 10

Besluten skickas till

- Enhet kunskapsstöd för psykisk hälsa för genomförande och vidarebefordran till berörda sektorsråd
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom
- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård för kännedom



Datum: 2016-11-14

Diarienummer: HS 299-2015

HSD-A § 28-2015

Koncernstab Hälso- och sjukvård

Handläggare: Malin Camper, Mia Harty och

Ulf Svensson

Telefon: 0700-81 69 91

E-post: malin.camper@vgregion.se

Regionuppdrag till följd av uppdatering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Bakgrund

Socialstyrelsen publicerade i april 2015 reviderade Nationella riktlinjer (NR) för vård och stöd vid missbruk och beroende, som första gången utkom 2007. Riktlinjerna är gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och har tydligt samverkansfokus eftersom ansvaret för missbruks- och beroendevård åligger både landsting och kommun. Socialstyrelsen konstaterar dock att det finns stora regionala skillnader och missbruks- och beroendevård når endast en av fem personer med beroende av alkohol. Socialstyrelsen konstaterar också att få huvudmän erbjuder mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform och att användningen av läkemedelsbehandling är begränsad.

Riktlinjerna i sin helhet syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt granskade och effektiva åtgärder samt vara ett underlag för systematiska prioriteringar. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om:

- bedömningsinstrument
- medicinska test
- läkemedelsbehandling (inkl. LARO¹)
- psykologisk och psykosocial behandling
- psykosociala stödinsatser (sysselsättning, boende samt stöd till närstående)
- behandling vid samsjuklighet
- behandling av ungdomar

Tre områden är nya i den reviderade versionen - ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. De områden som behandlas i riktlinjerna är missbruk och beroende av följande substanser: alkohol, narkotika (cannabis, centralstimulantia, opiater) och läkemedel (bensodiazepiner, opioidanalgetika). Områdena spelberoende, dopning, tobak och riskbruk ingår inte. I övrigt har det vetenskapliga underlaget uppdaterats och medfört fler rekommendationer. I uppdateringen ingår också vilken prioritering som åtgärden/insatsen har samt indikatorer för att följa upp vården av personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika. Syftet med indikatorerna är att möjliggöra kvalitetsjämförelser av vården av personer med missbruk och beroende. Socialstyrelsen kommer att använda indikatorerna som underlag för uppföljningar av hur

¹ LARO (läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende)



riktlinjerna följs. Nytt är även att det finns en bilaga med beskrivning av kompetens för olika psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder.

För att omhänderta riktlinjerna inom regionens verksamhet gav hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att analysera hur dagens verksamheter förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna och formulera beslutsunderlag för ett samlat arbete kring implementering av de reviderade nationella riktlinjerna. Syftet med regionuppdraget är också att utjämna inomregionala skillnader i vård- och behandlingsutbud och öka förutsättningarna för jämlik vård. Uppdraget gick till Kunskapscentrum för psykisk hälsa (KPH) i VGR och denna rapport sammanfattar arbetet med analysen och ger förslag till handlingsplan för att åtgärda bristerna för att senast 2018-12-31 nå önskat läge.

Syfte och mål

Tillgängliga och effektiva metoder för personer med missbruk och beroende i kontakt med primärvården, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri. Befolkningen har rätt att välja mellan de evidensbaserade metoder som regionen erbjuder oavsett bostadsort.

Det inledande arbetet

När riktlinjerna presenterades som arbetsmaterial under våren 2014 gjordes en gemensam analys av verksamheterna såväl inom hälso- och sjukvården som inom kommunerna i länet. Svarsfrekvensen på enkäten var emellertid låg och regionuppdraget inleddes därför med en förnyad process för att analysera läget i hälso- och sjukvården och få en bild av dagens praxis. Detta för att synliggöra de viktigaste områdena att fokusera på för fortsatt utveckling.

En arbetsgrupp tillskapades bestående av representanter för sektorsråden i allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, representanter från koncernkontoret, brukarföreträdare, samt projektledarna för regionuppdrag sjukdomsförebyggande metoder. Till arbetsgruppen inbjöds också de fem vårdsamverkansgrupperna att adjungera en kommunal representant vardera.

Ett arbete påbörjades för att ta fram enkät till verksamheterna för att få information om hur primärvården, allmänpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri förhåller sig till innehållet i rekommendationerna idag.

Samtidigt genomfördes i november 2015 en regional spridningskonferens med fokus på politiker, chefer och tjänstemän om riktlinjernas innehåll. Under dagen deltog cirka 220 beslutsfattare och nyckelpersoner från hälso- och sjukvårdens olika delar, ett 40-tal av länets kommuner, kriminalvården, brukarorganisationer.

Enkät till verksamheterna

Enkäten utformades utifrån de centrala rekommendationerna med högst prioritering (prioritet 1-4), och omfattade rekommendationer om såväl identifiering av missbruk/beroende som insatser för läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling samt närståendestöd. Därutöver fanns frågor om behov av kompetensutveckling inom området. Enkäten förmedlades till samtliga första linjechefer inom respektive område (vårdcentraler, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri) och besvarades under några veckor i januari 2016.

Beträffande läkemedelsberoende har samtidigt med regionuppdraget ett regionalt projekt syftande till att minska nyinsättningar av bensodiazepiner pågått. Projektet har haft som tilläggsuppdrag att även se över behovet av stöd till långtidsanvändare och har i den delen valt att inkludera även analgetikaberoende. Denna del av läkemedelsberoende som finns med i de nationella riktlinjerna har därför omhändertagits inom ramen för detta projekt.



Enkätresultat

Svarsfrekvensen² var, trots massiv marknadsföring, även denna gång genomgående låg hos samtliga verksamheter hos hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen konstaterar därmed stort bortfall även vid andra tillfället vad gäller enkät om följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer inom område missbruk/beroende.

De slutsatser som dras såväl av bortfall som av besvarade enkäter är att följsamheten till rekommenderade insatser är låg. Det råder ett stort gap mellan de nya riktlinjerna och nuvarande vårdpraxis, även i de delar som fanns med i versionen 2007 trots stora regionala utbildningsinsatser och nationellt kvalificerat stöd³. Patienter oavsett ålder med missbruk/beroende nås i låg grad av evidensbaserade/rekommenderade bedömningsinstrument och metoder. Få mottagningar/enheter erbjuder fler än en behandlingsmetod/insats. Det kan antas att det finns inomregionala skillnader men detta är svårbedömt p.g.a. det stora bortfallet. Sannolikt är kunskapsnivån om rekommendationerna låg. I fritextsvar i besvarade enkäter framkommer också låg kunskap om området. Vidare framkommer att området innebär oklar ansvarsfördelning mellan vårdnivåer då flera vårdaktörer inte ser sig ha ansvar för insatser och åtgärder vid missbruk/beroende och det kan antas att patienterna bollas mellan vårdgivare då ansvarsfördelningen är oklar. Det finns ett uppenbart behov av såväl utbildning, implementeringsstöd och kunskapsutveckling.

Analys

Arbetsgruppen har, med hjälp av enkäter och tidigare arbete med frågan, identifierat områden där ställningstagande på regionnivå behövs som stöd för implementeringen. Rekommendationerna kommer att kräva insatser i fråga om utbildning och fortbildning samt samverkansresurser för att fler personer med missbruk och beroende ska få jämlik vård och bättre tillgång till rekommenderade åtgärder.

De utvecklingsområden som identifierats är insatser för unga (under 18 år), bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedel, nedtrappning av beroendeframkallande läkemedel, psykologisk/psykosocial behandling till patienter och deras närstående, samordnade insatser vid samsjuklighet och för samverkan. Arbetsgruppens bedömning är att det i ovan nämnda områden kommer att krävas kraftfulla åtgärder och därmed innebära stora ekonomiska och organisatoriska konsekvenser i regionen. Detta ställer krav på omfattande och långsiktig kompetensutveckling samt personalförstärkning. Det kommer också att krävas styrdokument som beskriver såväl insatser vid missbruk/beroende av olika preparat samt ansvarsfördelning mellan vårdnivåer. Vidare kommer förändringar att behöva ske inom provtagningsområdet för införande av nya test och utmönstring av icke-prioriterade test. För sammanställning av gap kring de centrala rekommendationerna hänvisas till bilaga 1.

För att säkerställa genomförandet av handlingsplanen bör en treårig projektledartjänst knuten till KPH inrättas med uppdrag att facilitera och samordna åtgärderna.

² Svarsfrekvens: Vårdcentraler 41 %, BUP, VUP och privata aktörer inom psykiatri 58 %.

³ Den 24 april 2008 fattade regeringen beslut om en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om att bygga upp ett kvalificerat stöd för kommuner och landsting till stöd för implementering. Verksamheten startade i maj 2008 under namnet Kunskap till praktik (KtP) och avslutades i december 2014.



Insatsområden och förslag på åtgärder

Nedan beskrivs kort de insatser som krävs för genomförande inom olika områden som omfattas av riktlinjerna. Ett kort avsnitt berör även samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna i Västra Götaland. Delar av regionuppdraget kan med fördel ske i samverkan med kommunerna.

Insatser för unga

I riktlinjerna inkluderas användning, missbruk och beroende av olika substanser bland ungdomar 12-18 år. Socialstyrelsen konstaterar att särskilda interventioner behövs då ungas missbruk skiljer sig från missbruk hos vuxna. Det är också skillnader i hur behandlingsinsatser ska utformas. Vidare framkommer vikten av att beakta den psykiatriska samsjukligheten för att kunna lyckas bryta ett missbruk hos den unge.

Riktlinjerna anger att motiverande samtal (MI⁴) och andra korttidsinterventioner kan fungera för de som inte har så avancerat missbruksproblematik. Vidare lyfts det fram att familjeinterventioner såsom familjeterapi är en effektiv behandlingsform och vissa är effektivare än andra. De som kännetecknar de rekommenderade insatserna är att de är manualbaserade och fokuserar på de riskfaktorer för missbruk som finns i familjen. Viktigt är också att främja god samverkan och fungerande rutiner för samordnade insatser tillsammans med framförallt socialtjänst och skola.

Stora utbildnings- och implementeringsbehov hos såväl primärvård som barn- och ungdomspsykiatri kring bedömning av missbruk/beroende samt behandlingsinsatser inklusive utbildningar i samordnad individuella planer, s.k. SIP.

Konsekvenser:

Tillkommande kostnader för utbildningsinsatser, som troligen kan tas från statliga stimulansmedel inom området psykisk hälsa.

Bedömningsinstrument – identifiering, diagnostik, bedömning

Bedömnings- och screeninginstrument för att identifiera, kartlägga och bedöma missbruk eller riskbruk får en hög prioritering i de nationella riktlinjerna. Förutsättningarna i resurser och kompetens skiljer sig mellan olika verksamheter för i vilken omfattning bedömningsinstrumenten används. Det finns också oklarheter i riktlinjerna för hur och när bedömningsinstrumenten ska tillämpas och vilka åtgärder som ska vidtas när problem identifieras.

Utbildnings- och implementeringsbehov av identifikations- och screeninginstrument⁵ för att identifiera, diagnostisera alkohol- och narkotikaproblem, samt hur verksamheterna tar hand om resultatet och erbjuder insatser till den enskilde. Samtliga vårdnivåer omfattas⁶.

Konsekvenser:

Tillkommande kostnader för utbildningsinsatser, som troligen kan tas från statliga stimulansmedel inom området psykisk hälsa.

⁴ MI (Motivational interviewing)

⁵ AUDIT (alcohol use disorders identification test) och DUDIT (drug use disorders identification test) får båda hög prioritet för att identifiera problem. För diagnostik ges ADDIS (strukturerad intervju), SCID I (semi-strukturerad intervju och MINI (identifiera psykiatriska tillstånd inkl. missbruk/beroende) hög prioritet.

⁶ Primärvården (vårdcentralerna), vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.



Somatiska specialiteter bör uppmärksamma riskbruk enligt fastställd RMR⁷ sjukdomsförebyggande åtgärder vid riskbruk av alkohol.

Medicinska test

De medicinska test som lyfts fram är framförallt de nya alkoholmarkörerna EtG och EtS⁸, CDT och PEth⁹. Vid befarat nyligt intag av alkohol prioriteras mätning av alkoholhalten i utandningsluft samt EtG eller EtS i blod och urin. Undersökning av EtG och EtS utförs i dag i liten utsträckning och analysen utförs inte i regionens laboratorier.

Vid befarat högt långvarigt bruk av alkohol rekommenderas mätning av CDT och PEth i blod. Antalet analyser av PEth ökar stadigt med en närmare fördubbling varje år i regionen.

Vid befarat pågående eller nyligt intag av narkotika rekommenderas urinprov där analysen utförs vid laboratorium. Att skicka urinprov till ett laboratorium för narkotikatestning innebär en ökad tid till svar och analyskostnader. Patientnära snabbtest bör inte användas, då det är en mer osäker än analys på laboratorium.

Konsekvenser:

Ett utbildningsbehov inom verksamheterna och implementering av analys av EtG och EtS behöver göras. En ökad kostnad för detta förutses. Mätning av alkoholhalten i utandningsluft vid befarat nyligt intag av alkohol behöver öka, vilket medför utbildningskostnader samt investering i mätutrustning på enheterna.

Ökade laboratoriekostnader av att införa rekommenderande analyser (EtG och EtS) enligt riktlinjerna och ökande trend av analyser (PEth, EtG, EtS samt urinalyser) varje år. Specialistpsykiatrins kostnadsökning kan täckas av tillkommande psykiatrimedel för 2017. Beslut väntas hösten 2016. Tillkommande analyskostnader för primärvården bör beaktas i kommande arbete med Krav och Kvalitetsboken eller genom ordnat införande.

Informationsinsats kring de medicinska test som inte rekommenderas (MCV).

Informationsinsats kring laboratorieanalyser, urinstickors tillförlitlighet samt olika korsreaktioner.

Samtliga vårdnivåer omfattas.

Läkemedel

I NR finns läkemedelsbehandlingar för ett antal olika beroendetillstånd omnämnda. En del är sedan länge välkända och använda i regionen. I det följande beskrivs dessa endast översiktligt och bara de åtgärder som sjukvården bör erbjuda (prio 1-3) tas med. De nyare och inte fullt spridda behandlingarna får mera utrymme. Åtgärder som skall utmönstras (i NR kallade "icke-göra") finns också med.

Alkoholabstinens

Läkemedlen för att behandla alkoholabstinens och undvika abstinensepilepsi eller delirium tremens har använts länge och behandlingsmetoderna är i grunden välkända. De lokala rutinerna ute på

⁷ RMR = regional medicinsk riktlinje

⁸ Specifika test för nyligt alkoholintag det senaste dygnet

⁹ Specifika test för en långvarig alkoholkonsumtion



förvaltningarna skiljer sig ändå delvis åt och "icke-görat" antihistamin eller neuroleptikabehandling nämns på något håll fortfarande som ett alternativ.

Konsekvenser:

Framtagande av RMR för behandling av alkoholabstinens.

Vid behov anpassa lokala rutiner/PM till ovanstående.

Alkoholberoende

Tre läkemedel som syftar till att förhindra alkoholintag rekommenderas. Disulfiram (Antabus) har funnits länge och användningen är väl etablerad. Akamprosats och naltrexons är nyare och verkar på annat sätt. Målet vid dessa behandlingar är inte alltid total avhållsamhet, utan kan också vara att minska drickandet, vilket kan vara möjligt vid mera begränsat beroende. Detta sätt att se på behandling av begränsat alkoholberoende är relativt nytt och det finns anledning att tro att nya behandlingsstrategier ännu inte fullt ut kommit till användning i regionen.

I vilken utsträckning de nyare läkemedlen används vid lättare beroendetillstånd med begränsat drickande har inte kunnat kartläggas, men i NR skrivs att det nationellt föreligger en betydande underbehandling. I sin analys av de ekonomiska konsekvenserna beräknar man att en fördubbling av det antal behandlingar som ges i dag skulle ge en kostnadsökning på nationell nivå med drygt 50 miljoner kronor som rena läkemedelskostnader.

Konsekvenser:

Det finns ett utbildningsbehov kring behandlingsstrategierna vid begränsat beroende. Detta bedöms kunna tillgodoses inom ramen av implementering av regionuppdraget via KPH. Som en följd av utbildningen kan en ökad användning av framför allt akamprosats och naltrexons förutses. För VGR skulle detta, baserat på nationella beräkningar, innebära en kostnadsökning på ca 8,5 miljoner kronor.

Långvarigt bruk av bensodiazepiner

Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med långvarigt bruk av bensodiazepiner, där sedvanlig utsättning inte är möjlig, nedtrappning av bensodiazepiner. Dessutom bör sjukvården erbjuda KBT¹⁰ som tillägg till nedtrappningen.

Projektet sömn- och lugnade medel (se sid 2) har föreslagit inrättande av en enhet för utsättning av sömn- och lugnande medel samt opioidanalgetika där sedvanlig utsättning inte är möjlig. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade 2016-04-27 om en sådan enhet¹¹.

Konsekvenser:

Det behövs ett klarläggande vad begreppet "sedvanlig utsättning" innebär. Lämpligen görs detta i form av RMR.

Tillägg av KBT finns i den ovan beskrivna enhetens uppdrag, men KBT-kompetens finns idag inte i tillräcklig omfattning.

Opiatberoende

Hälso- och sjukvården bör erbjuda personer med opiatberoende läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon eller metadon.

¹⁰ KBT = kognitiv beteendeterapi

¹¹ Diariernr: HS 2016-00408



Konsekvenser:

Då dessa läkemedelsbehandlingar redan ges på regionens LARO-mottagningar förutses, förutom volymökningar (se nedan opioidanalgetikaberoende), inga konsekvenser avseende läkemedelsbehandlingarna.

Opioidanalgetikaberoende

Hälso- och sjukvården bör erbjuda nedtrappning till personer med opioidanalgetikaberoende, samt erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon där nedtrappning inte lett till opioidfrihet. Enhet för nedtrappning är beslutad. Se långvarigt bruk av bensodiazepiner ovan.

Konsekvenser:

Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon för personer beroende av opioidanalgetika kommer att ges på regionens LARO-mottagningar där metoden redan används för patienter som är beroende av illegala substanser. Behandling av dessa personer har med anledning av den utökade indikationen både nominerats och beslutats till ordnat införande 2016, etapp 2.

Övrigt avseende läkemedel

Förebyggande arbete kring förskrivning av sömn- och lugnande medel med fokus på att minimera antalet nyinsättningar, samt undvika långtidsanvändning har fram till 2016-03-31 bedrivits som projekt under enheten läkemedel och hjälpmedel. Bedömningen var att detta arbete måste fortsätta och vid projektavslutet flyttades projektledaren till Kunskapscentrum för psykisk hälsa för att med denna organisatoriska bas fortsätta arbetet.

Konsekvenser:

Inom ramen för KPH fortsatt arbete för att minska regionens förskrivning av sömn- och lugnande läkemedel. Finansieras genom ramhöjande medel för psykiatrin, HSS-beslut fattades under hösten 2016.

Psykologisk och psykosocial behandling samt stöd till närstående

Riktlinjerna slår fast att det finns ett antal psykologiska och psykosociala behandlingar som är effektiva - MI, MET, KBT, ÅP, CRA¹² – vid olika typer av missbruk, ofta i kombination med läkemedelsbehandling. Även arbetsförberedande träningsmodeller som IPS¹³ har hög prioritering.

Eftersom missbruk och beroende sker i en social kontext så berörs och involveras även de människor som finns i personens närhet. Konstruktivt stöd från det personliga sociala nätverket har visat sig ha en positiv inverkan på personens benägenhet att söka hjälp och vilja förändra sin situation. Att leva i en familj där någon missbrukar kan också leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa för familjemedlemmar. Anhöriga till personer med missbruk och beroende kan därför behöva stöd för egen del.

Konsekvenser:

Stora utbildningsinsatser inom flera metoder för att vårdgivarna ska kunna erbjuda ett spektrum av insatser. Inom primärvården finns en del personal med grundkompetens i MI vilket borde underlätta utbildning och implementering av MET.

¹² MI (Motivational Interviewing), MET (Motivational Enhancement Therapy) ÅP (återfallsprevention), CRA (community Reinforcement Approach)

¹³ IPS (Individual placement and support)



Samsjuklighet

Med samsjuklighet menas att en person samtidigt uppfyller diagnostiska kriterier för missbruk eller beroende och för någon annan form av psykisk störning. Psykisk sjukdom är vanligt bland personer med missbruk och beroende. Bland personer som vårdas för missbruk har ca 30-50 % en samtidig psykisk sjukdom, vanligast är ångest-depressionssjukdomar, personlighetsstörningar och ADHD¹⁴. Hos unga kan samsjukligheten vara så hög som upp till 90 %. Omvänt är också att missbruk och beroende är vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt, ungefär 20-30 % av personer aktuella i vården p.g.a. psykisk ohälsa har samtidigt ett missbruk eller beroende. Det är av stor vikt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Samsjuklighet innebär inte sällan att personen i fråga berörs av insatser från flera vårdaktörer samtidigt. God samverkan och fungerande rutiner för gemensamma insatser mellan huvudmän är viktigt.

Konsekvenser:

Kring detta finns ett utbildningsbehov som bedöms kunna tillgodoses inom ramen av implementering av regionuppdraget via KPH.

Samverkan

Missbruk och beroende är ett ansvar som åligger både landsting och kommun. Av Hälso- och sjukvårdslagen framgår att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Missbruk och beroende uppmärksammas inte särskilt i lagstiftningen men går in under denna ram. I Socialtjänstlagen finns särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för missbruk, dels förebyggande och dels att aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och vård som hen behöver för att komma ifrån missbruket. För barn och unga har socialtjänsten ett särskilt ansvar liksom för generellt ansvar för stödinsatser.

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 båda huvudmännen. Överenskommelsen anger ansvarsgränser och reglerar samverkan runt enskilda individer, och omfattar såväl offentliga som privata utförare. Huvudmännen interna ansvarsfördelning regleras inte. Denna överenskommelse revideras under 2016¹⁵ och är nu ute på remiss.

Hösten 2016 initierades arbete med en länsgemensam analys och handlingsplan för området psykisk hälsa i Västra Götaland. Detta ställs som krav på länets 50 huvudmän att genomföra i enlighet med regeringens överenskommelse "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016". I detta arbete ingår att formulera gemensamma utvecklings- och uppföljningsområden.

Det dubbla ansvaret för personer med missbruk och beroende torde göra att det finns stora möjligheter att erbjuda insatser. Dock visar arbetsgruppens arbete tillsammans med kommunrepresentanterna att det också finns stora gap på kommunsidan och även där finns otydlighet kring ansvar. Samverkan mellan huvudmännen är nödvändigt men också klargöranden kring vem som erbjuder vad.

Konsekvenser:

¹⁴ ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

¹⁵ "Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk"



Utbildningsbehov inom såväl primärvård, vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri kring SIP. Det kan med fördel ske i samverkan med kommunerna.

Viktigt att utreda möjligheten att utforma gemensamma mottagningar med integrerad verksamhet för att garantera att individer inte hamnar mellan huvudmännen. I arbetet med länsöverenskommelsen har framkommit att det endast är i Göteborgsområdet som det finns möjlighet för ungdomar att få särskilt kvalificerad missbruk- och beroendevård genom s.k. Mini Maria-verksamhet. Det är också endast i Göteborg som det finns särskild tillnyktringsverksamhet.

Sammanfattning av förslag till åtgärder

- Omfattande och långsiktig kompetensutveckling genom utbildningar i metoder kring bedömning, diagnostik och behandling.
- Framtagande av regionala medicinska riktlinjer inom områdena alkohol, narkotika/blandmissbruk samt läkemedelsberoende. Dessa riktlinjer ska inkludera ansvarsgränser och vårdnivåer.
- Utreda förutsättningar för stärkt samverkan med kommuner genom ex. integrerade mottagningar och tillnyktringsverksamheter.
- För att säkerställa genomförandet av handlingsplanen bör en treårig projektledartjänst knuten till KPH inrättas med uppdrag att facilitera och samordna åtgärderna.

Uppföljning

Som nämnts har Socialstyrelsen tagit fram indikatorer för uppföljning och kommer därmed att möjliggöra jämförelser av vården för personer med missbruk eller beroende. De kommer också att följa hur riktlinjerna efterlevs.

Därutöver ska implementeringen av länsöverenskommelsen följas, liksom arbetet med länsgemensam analys och handlingsplan påbörjas där ytterligare uppföljningsindikatorer anges. För VGR:s vidkommande bör antalet samordnade individuella planer följas särskilt.

I de RMR som utarbetas med anledning av riktlinjerna kommer kvalitetsindikatorer att tas fram och följas.

Bilagor

Bilaga 1: Handlingsplan - till följd av uppdatering av NR för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Handlingsplan - till följd av uppdatering av NR för vård och stöd vid missbruk och beroende

Identifierade behov/utvecklingsområden	Åtgärder/aktiviteter	Kostnader/finansiering	Tidplan	Ansvarig
Kompetenshöjning (bedömnings-instrument, psykologisk och psykosocial behandling)	Utbildningsinsatser kring identifikation, bedömning, diagnostik och behandling.	Statsbidrag under 2017 och 2018, sedan ansvarar förvaltningarna/utförarna själva.	Påbörjas hösten 2016, och behov av fortlöpande utbildningsinsatser pga personalomsättning.	KPH initierar och samordnar.
Medicinska test (ökade laboratorie-kostnader av att införa rekommenderande analyser enligt riktlinjerna och ökande trend av analyser varje år)	Nya analysmetoder införs i VG,-via ordnat införande.	Ordnat införande alternativt förstärkningsmedel avsatta i beslut av HSS 160928	Om kostnadsökningen motsvarar kraven för ordnat införande första ansökningsomgången 2017.	KPH initierar och samordnar.
Läkemedelskostnader	Ökad användning av läkemedel för alkoholberoende	Ordnat införande	Om kostnadsökningen motsvarar kraven för ordnat införande första ansökningsomgången 2017.	KPH initierar och samordnar.
Läkemedelsbehandling (vid iatrogen beroende)	Inrättande av enhet, s.k. TUB-mottagning ¹	Beslut i HSS 2016-04-27 (dnr HS 2016-00408), introduktionsfinansieras 2016 och 2017 av statliga stimulansmedel till psykiatri. Fr.o.m 2018 ingår enheten i ordinarie beställningsarbete.	Uppdraget givet till primärvården.	Koncernkontoret.

¹ (TUB =Terapi och Utvärdering av Beroendeframkallande läkemedel).

Läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin-naloxon för patienter beroende av opioidanalgetika	Ska ges på regionens LARO-mott pga utökad indikation.	Nominerad för ordnat införande. Förslaget från PPT till HSS 28/9 är 5 mnkr 2017 – 2018 att fördela till de 4 förvaltningarna ² där LARO-verksamhet bedrivs. Från balanserande statsbidrag tillförs under 2016 7,5 mnkr för uppstart och engångskostnader.	Start hösten 2016 med löpande utvärdering.	Respektive förvaltning men med samordning och uppföljning via KPH.
Definiera vårdnivåer/ansvarsfördelning och behov att sprida nytillkommen kunskap	Utarbeta åldersoberoende regionala medicinska riktlinjer inom områdena alkohol, narkotika och blandmissbruk samt läkemedelsberoende. Ev medicinska test.		Uppstart via dialog med Sektorsråden Allmänmedicin, Barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri	KPH driver arbetet via arbetsgrupper.
Barn och unga med missbruksproblem	Utreda förutsättningar för Mini-Marior i VG i samverkan med kommunerna		Påbörjas under hösten 2016 genom gemensamt arbete kring frågan med kommunerna och att hitta arbetsformer för frågan. Kan ev samordnas med framtagandet av handlingsplan för PRIO-medel.	Efter överenskommelse med kommunerna.
Integrerade mottagningar (primärvård, specialistpsykiatri och kommun)	Utreda förutsättningar för integrerade mott i VG.		Påbörjas under hösten 2016 genom gemensamt arbete kring frågan med kommunerna och att hitta arbetsformer för frågan. Kan ev samordnas med framtagandet av handlingsplan för PRIO-medel.	Genom gemensamt arbete kring frågan med kommunerna.

² NU, SkaS, SU och SÄS.

Samverkan	Beslut och implementering av länsöverenskommelse. Arbeta med länsgemensam analys och handlingsplan för psykisk ohälsa.	Statliga stimulansmedel till både kommuner och VGR under förutsättning av godkänd handlingsplan oktober 2016.	Påbörjas under hösten 2016.	Genom gemensamt arbete kring frågan med kommunerna.
För att facilitera och samordna genomförandet av handlingsplanen	Projektledartjänst	Statliga stimulansmedel alternativt förstärkningsmedel avsatta i beslut av HSS 160928	3-årig heltidstjänst	KPH

Protokoll från Psykiatriberedningen, 2017-03-15

§ 10

Regionuppdrag för vård och stöd vid missbruk och beroende

Diarienummer HS 2016-00094

Beslut

Psykiatriberedningen föreslår att hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regionuppdrag för vård och stöd vid missbruk och beroende med tillhörande handlingsplan.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att årligen följa upp arbetet med genomförandet av de insatser och åtgärder som föreslås.

Psykiatriberedningen beslutar följande för egen del:

1. Psykiatriberedningen beslutar om redaktionell justering av handlingsplanen, i delarna som avser finansiering.

Sammanfattning av ärendet

Socialstyrelsen har i april 2015 publicerat reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

En kartläggning har genomförts av hur Västra Götalandsregionens verksamheter förhåller sig till de rekommendationer inom området som Socialstyrelsen anger, samt vilka åtgärder som behöver vidtas för att förbättra regionens missbruk- och beroendevård med särskilt fokus på jämlik vård samt vilka konsekvenser åtgärderna får.

Regionuppdraget innehåller följande rekommendationer:

- Kraftfulla åtgärder och insatser när det gäller utbildning, fortbildning, långsiktig kompetensutveckling och personalförstärkning.
- Styrdokument som beskriver insatser samt ansvarsfördelning mellan vårdnivåer.
- Förändringar inom provtagningsområdet för införande av nya test och utmönstring av icke-prioriterade tester.
- Utvecklingsinsatser för att utveckla missbruk- och beroendevården tillsammans med kommunerna för en effektiv och sömlös vårdkedja för att personer med missbruks och beroende ska få jämlik vård och bättre tillgång till rekommenderade metoder.

För att hålla detta samman föreslås en projektledare.

Under sammanträdet enas psykiatriberedningen om redaktionella justeringar i handlingsplanen, i delarna som avser finansiering.

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Psykiatriberedningen, 2017-03-15

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-02-13
- Bilaga Rapport Regionuppdrag till följd av uppdatering av NR för vård och stöd vid missbruk och beroende inkl bilagor 1-3
- Bilaga Rapport Regionuppdrag NR för vård och stöd vid missbruk och beroende version 170221
- Bilaga 1 Handlingsplan - till följd av uppdatering av NR för vård och stöd vid missbruk och beroende

Yrkanden på sammanträdet

Kerstin Brunnström (S):

Bifall till tjänsteutlåtande

Skickas till

- Enhet kunskapsstöd för psykisk hälsa för genomförande och vidarebefordran till berörda sektorsråd
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom
- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård för kännedom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Från: Sonja Gillving för HSS FB
Skickat: den 6 april 2017 09:26
Till: HSN FB; Boris Ståhl; Lasarett Alingsås; Anna Eriksson; KS/FSS Styrelsen FB; Frölundaspecialistsjukhus; Kungälv Sjukhus; NU NUSjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; Ann Söderström; Ann-Sofi Lodin; Erik Lagersten; Eva Arrdal; Fredrik Adolfsson; Göran Ejbyfeldt; Joakim Björck; Johan Flarup; Marie Andreasson Röllgårdh; Marina Olsson; Staffan Rydén
Ämne: Expediering av HS 2017-00210 - Protokollsutdrag, § 71, från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 mars 2017 - Utveckling av ersättningssystem för sjukhusen
Bifogade filer: Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 mars 2017 - Utveckling av ersättningssystem för sjukhusen.pdf

Enligt sändlista på beslut

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut, § 71 från sammanträdet 2017-03-28, angående Utveckling av ersättningssystem för sjukhusen.
Dnr HS 2017-00210

Sonja Gillving
Nämndsekreterare
Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Enhet för styrelse- och nämndsekretariat
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Telefon: 010 - 441 30 73
sonja.gillving@vgregion.se

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-03-28

§ 71

Utveckling av ersättningssystem för sjukhusen

Diarienummer HS 2017-00210

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag om fortsatt arbete för att utveckla ersättningssystemen för sjukhusen.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till hälso- och sjukvårdsstyrelsen med konkreta förslag till förändringar av ersättningssystem för sjukhusen

Sammanfattning av ärendet

Utifrån uppdrag i regionstyrelsen/ägarutskottet pågår arbete med att utveckla ersättningssystem för hälso- och sjukvården i VGR. Arbetet har resulterat i ett antal piloter och förslag till förändringar av nuvarande sätt att ersätta sjukhusen för utförd verksamhet. Syftet är att stödja omställningen av hälso- och sjukvården, det vill säga förstärkning av den nära vården, koncentration av vissa delar av sjukvården samt digitalisering. Arbetet med att utveckla ersättningssystemen drivs just nu parallellt kring tre områden.

- Ersättning för mobil närvård
Arbetet syftar till att ta fram ersättningar som stimulerar utvecklingen av mobil närvård. Arbetet genomförs inom ramen för utveckling av den nära vården. Under våren 2017 samordnas detta med arbetet med krav och kvalitetsboken för vårdvalen för 2018
- Vårdepisodersättning
Vårdepisodersättning innebär att vårdgivaren får ersättning för en paketlösning som inkluderar alla delar i den definierade vårdepisoden. Modellen ger vårdgivare incitament att ta helhetsansvar för patienten, vilket innefattar såväl rutinmässiga vårdkontakter som hantering av eventuella komplikationer. Ersättningen justeras också efter uppnådda hälsoutfall för att stimulera vårdgivaren att genomföra förbättringar som leder till bättre hälsa.
- Gemensamt DRG-pris
Inriktningen för fortsatt arbete är att sjukhusen ska ha samma ersättning för samma vård, d.v.s. ett gemensamt DRG-pris. Skillnader i uppdragen mellan sjukhusen, till exempel viss utbildning, ”sista utposten”, utbudspunkter mm ersätts särskilt genom ersättning för strukturkostnader. Med gemensamt DRG-pris tydliggörs frågor om behov av volymer inom olika vårdområden vilket förväntas ge en ökad tydlighet i ansvarsfördelning mellan beställare och utförare. Förändringarna avser den slutna och öppna vården. Det innebär

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-03-28

att psykiatrisk vård inte omfattas i nuläget men kan tillämpas enligt samma modell i ett senare skede.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-03-22
- Vårdepisodersättning
- Slutrapport Kostnadsanalys/Lika poängpris
- Regionstyrelsens beslut 2017-03-21, § 73

Yrkanden på sammanträdet

Jonas Andersson (L), Johan Fält (M), Tony Johansson (MP) och Cecilia Andersson (C) yrkar om följande tillägg till liggande beslutsförslag

- 1) Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att återkomma till hälso- och sjukvårdsstyrelsen med konkreta förslag till förändringar av ersättningssystem för sjukhusen.

Beslutsgång

Ordföranden ställer proposition på liggande förslag med Jonas Anderssons (L) med fleras tilläggsyrkande och finner det bifallet.

Skickas till

- Hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusstyrelserna för kännedom
- Regiondirektören
- Koncernkontorets stabschefer för kännedom
- Boris Ståhl för kännedom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Från: Sonja Gillving för HSS FB
Skickat: den 2 mars 2017 16:04
Till: PV VGPrimärvård; Anders Carlqvist; Karin Fröjd; Anna Wallman; Maria Dahlström Roos; Wenche Jenssen; Leena Ekberg; Lasarett Alingsås; Anna Eriksson; KS/FSS Styrelsen FB; Frölundaspecialistsjukhus; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; Agneta Hamilton; Anders Jonsson; Ann Sörbo; Annette Treng Larshammar; Boel Mörck; Carl Backman; Christer Nyman; Eva Blixt; Jan-Erik Damber; Johan Snygg; Katarina Andersson; Lars Rasmusson; Lars Rosengren; Lars Rydberg; Lars Magnus Andersson; Lena Hedlund; Lotta "Lotta" Wassén; Magnus Karlsson; Marie Lindh; Mikael Alsterholm; Mikael Edsbacke; Per Albertsson; Per Dahlberg; Peter Almgren; Rebecca Oscarsson; Stig Attvall; Susanne Mälsjö; Ann-Marie Olhede; Bill Hesselmar; Inger Hagqvist; Jan Carlström; Jarl Torgerson; Kajsa-Mia Olsson Holgers; Lena Gustafsson; Lise-Lotte Risö Bergerlind; Margareta Berzén; Robert Sinclair; Stephan "Stephan" Ehlers; Ulf Angerås; PV Primärvården
Ämne: Expedierat HS 2017-00019- Protokollsutdrag § 29 från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Regionuppdrag astma och KOL
Bifogade filer: Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Regionuppdrag astma och KOL.pdf; Regionuppdrag astma och KOL.pdf; Regionuppdrag Astma KOL 2016-12-16.pdf

Enligt sändlista på beslut

Översänder hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut § 29-2017 angående regionuppdrag astma och KOL.
Dnr HS 2017-00019

Sonja Gillving
Nämndsekreterare
Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Enhet för styrelse- och nämndsekretariat
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Telefon: 010 - 441 30 73
sonja.gillving@vgregion.se

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

§ 29

Regionuppdrag astma och KOL

Diarienummer HS 2017-00019

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till regionuppdrag för astma och KOL.

Sammanfattning av ärendet

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Målet för all behandling av astma och KOL är att patienterna ska uppnå så fullgod kontroll som möjligt över sin sjukdom. Astma och KOL som inte diagnostiseras och behandlas korrekt kan resultera i försämringsperioder och kan leda till sjukhusvård. Patienterna finns både inom primärvården och på särskilda specialistmottagningar, inom såväl slutenvården som öppenvården. Behandlingsmålet för personer med astma/KOL i Västra Götalandsregionen är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet helst skall nå resultat som är bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser.

Totalt tar regionuppdraget upp behov av ökade kostnader med 500 000 kr under 2017.

I kostnaderna ingår finansiering av en projektledare på 50 % under 6-12 månader (ca 300 000 kr) för att analysera det gemensamma behovet som finns av rehabiliteringsinsatser till personer med astma, KOL och hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer. Behovet av rehab-insatser för personer med hjärtsjukvård utgår från rekommendationer i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård som fastställdes av Socialstyrelsen i oktober 2015.

Övriga kostnader (ca 200 000 kr) utgörs av utbildningsinsatser för astma och KOL till läkare och sjuksköterskor inom primärvården.

Andra förslag på åtgärder handlar om att ta fram nya medicinska riktlinjer i syfte att förbättra behandlingen, strukturen och organisationen av vården för personer med astma och KOL, i enlighet med nya krav från Socialstyrelsen. Dessutom lyfts önskemål från professionen inom primärvården om ackreditering/certifiering av vårdcentraler samt önskemål från Astma- och Allergiföreningen om ökat antal allergikonsulenter i Västra Götalandsregionen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-16

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

- Regionuppdrag Astma KOL

Skickas till

- Samtliga sjukhusstyrelser
- Primärvårdsdir Närhälsan
- Primör
- Primör rehab
- Ordföranden i medicinska sektorsråd
- Koordinatorer i medicinska sektorsråd
- Medicinska rådgivare Koncernstab hälso- och sjukvård
- Peter Lönnroth, Koncernstab hälso- och sjukvård
- Avdelningen Kunskapsstöd
Anders Carlqvist, Karin Fröjd, Anna Wallman, Maria Dahlström Roos,
Wenche Jenssen
- Avdelningen Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal, Leena Ekberg

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande
Datum 2017-01-16
Diarienummer HS 2017-00019

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Anna Wallman
Telefon: 070-082 46 70
E-post: anna.wallman@vregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Regionuppdrag astma och KOL

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till regionuppdrag för astma och KOL.

Sammanfattning av ärendet

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Målet för all behandling av astma och KOL är att patienterna ska uppnå så fullgod kontroll som möjligt över sin sjukdom. Astma och KOL som inte diagnostiseras och behandlas korrekt kan resultera i försämringsperioder och kan leda till sjukhusvård. Patienterna finns både inom primärvården och på särskilda specialistmottagningar, inom såväl sluten som öppen vård. Behandlingsmålet för personer med astma/KOL i Västra Götalandsregionen är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet helst skall nå resultat som är bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser.

Totalt tar regionuppdraget upp behov av ökade kostnader med 500 000 kr under 2017.

I kostnaderna ingår finansiering av en projektledare på 50 % under 6-12 månader (ca 300 000 kr) för att analysera det gemensamma behovet som finns av rehabiliteringsinsatser till personer med astma, KOL och hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer. Behovet av rehab-insatser för personer med hjärtsjukvård utgår från rekommendationer i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård som fastställdes av Socialstyrelsen i oktober 2015.

Övriga kostnader (ca 200 000 kr) utgörs av utbildningsinsatser för astma och KOL till läkare och sjuksköterskor inom primärvården.

Andra förslag på åtgärder handlar om att ta fram nya medicinska riktlinjer i syfte att förbättra behandlingen, strukturen och organisationen av vården för personer med astma och KOL, i enlighet med nya krav från Socialstyrelsen. Dessutom lyfts önskemål från professionen inom primärvården om ackreditering/certifiering av

Datum 2017-01-16
Diarienummer HS 2017-00019

2 (3)

vårdcentraler samt önskemål från Astma- och Allergiföreningen om ökat antal allergikonsulenter i VGR.

Genomförande av beslut

Genomförandet av regionuppdraget kommer att följas upp fortlöpande av Koncernstab hälso- och sjukvård.

Finansiering

Kostnaderna för insatserna introduktionsfinansieras under två år i anslutning till ordnat införande etapp 1 2017.

Beredning

Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen och ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen.

Förslag till regionuppdrag har gemensamt upprättats av Koncernstab hälso- och sjukvård och en arbetsgrupp bestående av alla delar av professionen som träffar patienter med astma och KOL. Synpunkter har även inhämtats från patientföreningar. Förslaget till regionuppdrag har presenterats på Program- och prioriteringsrådet 2016-12-16.

Information enligt MBL § 19 har skett den 30 januari 2017.

Koncernstab hälso- och sjukvård

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Avdelningschef Kunskapsstöd

Bilaga

- Regionuppdrag Astma och KOL.

Besluten skickas för kännedom och genomförande till:

- Samtliga sjukhusstyrelser
- Primärvårdsdir Närhälsan
- Primör
- Primör rehab
- Ordföranden i medicinska sektorsråd
- Koordinatorer i medicinska sektorsråd
- Medicinska rådgivare Koncernstab hälso- och sjukvård
- Peter Lönnroth, Koncernstab hälso- och sjukvård
- Avdelningen Kunskapsstöd

Datum 2017-01-16
Diarienummer HS 2017-00019

3 (3)

Anders Carlqvist, Karin Fröjd, Anna Wallman, Maria Dahlström Roos,
Wenche Jenssen

- Avdelningen Kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal, Leena Ekberg



Västra Götalandsregionen
Datum: 2016-12-16
Diarienummer: HS 2017-00019

Koncernstab hälso- och sjukvård
Handläggare: Anna Wallman
Telefon: 070 – 082 46 70
e-post:anna.wallman@vgregion.se

REGIONUPPDRAG ASTMA OCH KOL



Innehåll

Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Bakgrund	3
Arbetssätt.....	4
Generellt uppdrag	4
Åtgärder.....	4
Diagnostik.....	4
Astmautredning vid andningsbesvär hos förskolebarn.....	4
Öka användningen av spirometri	5
Genomföra gångtest för att mäta fysisk kapacitet.....	6
Initiera och genomföra allergiutredning i större omfattning.....	7
Öka användningen av frågeformulären ACT och CAT	7
Läkemedelsbehandling.....	8
Optimera användningen av inhalationssteroider och kombinationsläkemedel.....	8
Använda spacer istället för nebulisator	9
Se över rådgivningen avseende läkemedelsbehandling till gravida	9
Övrig behandling	10
Ge stöd avseende rökstopp i större omfattning och på ett mer enhetligt sätt.....	10
Erbjuda anpassad träning.....	10
Öka andelen patienter med nutritionsbehandling vid KOL och lågt BMI	11
Rutiner och arbetssätt.....	13
Interprofessionell samverkan.....	13
Patientutbildning och behandlingsplan	13
Uppföljning och återbesök	14
Patienter med psykisk sjukdom och astma KOL Behov av särskilda åtgärder för denna grupp som vi lyfte i konsekvensbeskrivningen?.....	15
Stöd för implementering	16
Sammanställning av tillkommande kostnader per förvaltning och år	17
Uppföljning av regionuppdraget	17
Referenser	18

Astma och KOL

Sammanfattning

I november 2015 publicerade Socialstyrelsen den fastställda versionen av nationella riktlinjer för vård vid astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom.

Västra Götalandsregionen har under de senaste åren utvecklat ett arbetssätt för att ta hand om och stödja implementeringen av nya nationella riktlinjer i hälso- och sjukvården med syfte att skapa en tydlig gemensam inriktning av vården, att främja en god vård på lika villkor samt att ge vägledning och stöd för en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Regionuppdrag är ett uppdrag som beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och ges till hälso- och sjukvårdsnämnderna och alla berörda utförare i regionen. Förslag till regionuppdrag har gemensamt upprättats av Koncernstab hälso- och sjukvård och en arbetsgrupp bestående av alla delar av professionen som träffar patienter med astma och KOL. Synpunkter har även inhämtats från patientföreningar.

Målet för all behandling av astma och KOL är att patienterna ska uppnå så fullgod kontroll som möjligt över sin sjukdom. Astma och KOL som inte diagnostiseras och behandlas korrekt kan resultera i försämringsperioder och kan leda till sjukhusvård. Patienterna finns både inom primärvården och på särskilda specialistmottagningar, inom såväl slutenvården som öppenvård.

Behandlingsmålet för personer med astma/KOL i Västra Götalandsregionen är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet helst skall nå resultat som är bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser.

Totalt tar regionuppdraget upp behov av ökade kostnader med 500 000 kr under 2017.

I kostnaderna ingår finansiering av en projektledare på 50% under 6-12 månader (ca 300 000 kr) för att analysera det gemensamma behovet som finns av rehabiliteringsinsatser till personer med astma, KOL och hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer. Behovet av rehab-insatser för personer med hjärtsjukvård utgår från rekommendationer i nationella riktlinjer för hjärtsjukvård som fastställdes av Socialstyrelsen i oktober 2015.

Övriga kostnader (ca 200 000 kr) utgörs av utbildningsinsatser för astma och KOL till läkare och sjuksköterskor inom primärvården.

Andra förslag på åtgärder handlar om att ta fram nya medicinska riktlinjer i syfte att förbättra behandlingen, strukturen och organisationen av vården för personer med astma och KOL, i enlighet med nya krav från Socialstyrelsen. Dessutom lyfts önskemål från professionen inom primärvården om ackreditering/certifiering av vårdcentraler samt önskemål från Astma- och Allergiföreningen om ökat antal allergikonsulenter i VGR.

Genomförandet av regionuppdraget kommer att följas upp fortlöpande under introduktionstiden av Koncernstab hälso- och sjukvård.

Inledning

I november 2014 redovisade Socialstyrelsen en preliminär version av nya nationella riktlinjer för astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och ett år senare publicerades den fastställda versionen. Dessa riktlinjer ersätter tidigare riktlinjer om vård vid astma och KOL som publicerades 2004. Riktlinjerna innehåller rekommendationer inom områdena diagnostik och utredning, läkemedelsrelaterad behandling, omvårdnad och rehabilitering, symtombedömning samt uppföljning inom alla åldersgrupper.

Totalt ingår ca 140 rekommendationer varav ett 50-tal är centrala rekommendationer. De centrala rekommendationerna har av Socialstyrelsen bedömts som särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv.

Bakgrund

Astma och KOL är två olika kroniska luftvägssjukdomar som orsakar betydande sjuklighet och lidande hos en stor andel av befolkningen. Båda är viktiga att diagnostisera så tidigt som möjligt för att ge rätt vård.

Astma medför stora kostnader för samhället, både i form av direkta kostnader för hälso- och sjukvården och indirekta kostnader i form av arbetsbortfall. Studier har visat att samhällskostnaderna för astma beräknas till cirka 4–7 miljarder kronor per år för personer i åldern 25–56 år (i snitt 15 919 kronor per år och person), och upp till 8 miljarder kronor per år totalt (för hela befolkningen) [1] [2]. Den totala kostnaden för KOL i Sverige under ett år har uppskattats till cirka 14 miljarder kronor [3].

Astma är en kroniskt inflammatorisk luftvägssjukdom som orsakar ökad känslighet i luftvägarna. Andningsbesvären vid astma är intermittenta, det vill säga periodvist återkommande. Ofta yttrar sig astma genom anfall eller episoder av andnöd. Astma är lika vanligt hos både barn och vuxna. Totalt lever i dag ungefär 800 000 svenskar med astma.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) är en kronisk inflammation i luftvägar och lungor som medför att lungvävnaden och lungblåsorna förstörs. Andnöden vid KOL utvecklas långsamt, under många års tid. Besvären är kroniska, det vill säga ihållande. KOL drabbar främst personer som röker eller som har rökt och är vanligare hos äldre vuxna. I dag uppskattas att 400 000–700 000 svenskar har KOL, men förekomsten i befolkningen ökar.

Personer med KOL har ofta stora vårdbehov. Det är exempelvis vanligt med samsjuklighet med bland annat hjärt- och kärlsjukdomar. Sjukdomen innefattar även försämringsperioder, så kallade exacerbationer, som accelererar sjukdomsförloppet.

Målet för all behandling av astma och KOL är att patienterna ska uppnå så fullgod kontroll som möjligt över sin sjukdom, och i den mån det är möjligt förhindra ytterligare försämring. Astma och KOL som inte diagnostiseras och behandlas korrekt kan resultera i försämringsperioder och kan leda till sjukhusvård. Patienterna finns både inom primärvården och på särskilda specialistmottagningar, inom såväl slutna som öppna vård.

Behandlingsmålet för personer med astma/KOL i Västra Götalandsregionen är att uppnå Socialstyrelsens uppsatta mål, samt att regionen som helhet helst skall nå resultat som är bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser.

Arbetssätt

Efter Socialstyrelsens presentation av de preliminära riktlinjerna påbörjades arbetet med att förbereda införandet av riktlinjerna i Västra Götalandsregionen (VGR). En första analys omfattade de rekommendationer som förväntas få störst konsekvenser i regionen. Förslag till regionuppdrag har gemensamt upprättats av en arbetsgrupp utgående från hela VGR och alla delar av professionen som träffar patienter med astma och KOL, samt relevanta avdelningar från Koncernstab hälso- och sjukvård. Synpunkter har även inhämtats från patientföreningar.

Luftvägsregistret (LVR), Vega och Munin är källa till all statistik presenterad i detta dokument.

Generellt uppdrag

De nationella riktlinjerna ger stöd för ledning och styrning och riktar sig till politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer samt andra yrkesverksamma inom vård och omsorg.

Regionuppdraget riktar sig till beställare och utförare, inom offentlig och privat vård, med uppdrag att implementera de nationella riktlinjerna i hälso- och sjukvården.

Syftet med regionuppdraget är att skapa förutsättningar för en ordnad och likvärdig implementering av riktlinjerna, vilket medverkar till en god vård på lika villkor.

Åtgärderna som redovisas nedan beskriver riktade insatser som föreslås genomföras för att stödja implementeringen.

Åtgärder

Diagnostik

Astmautredning vid andningsbesvär hos förskolebarn

Hälso- och sjukvården bör

1. Erbjudastmautredning som omfattar anamnes samt bedömning av sjukdomsstatus och riskfaktorer för astma till barn från 6 månader med obstruktiva andningsbesvär som krävt slutenvård.
2. Erbjudastuppföljning för att ta ställning till astmautredning till barn mellan 6 månader och 3 år med obstruktiva andningsbesvär, som krävt besök på akutmottagning mer än 2 gånger.
3. Erbjudastuppföljning för att ta ställning till astmautredning till barn 3–6 år med obstruktiva andningsbesvär, som krävt besök på akutmottagning minst 1 gång.

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Uppfattningen är att punkt 1 och 2 fungerar. Uppföljning avseende astmautredning till barn 3-6 år behöver tydliggöras.

Åtgärd

- Förtydliga ansvarsgränser vid utredning av astmabesvär hos förskolebarn, till exempel i en regional medicinsk riktlinje.

Beräknad tillkommande kostnad

Beräknas i samband med utarbetande av RMR.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator (=utvecklingsindikatorer, för rekommendationer som bedöms vara angelägna att följa upp men där data saknas)*

3.12* Astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär

3.13* Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär

3.14* Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär >2ggr

Vega:

Diagnosregistrering akutbesök. Uppföljningsbesök i primärvården.

Besök på barnmottagning/vårdcentral. Astmadiagnos eller akut bronkit.

Öka användningen av spirometri

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda dynamisk spirometri med reversibilitetstest i diagnostiskt syfte till vuxna och barn som är 6 år eller äldre med misstänkt astma (prioritet 1).
- erbjuda FEV1/FEV6-mätning som rutinmässig obstruktivitetssutredning till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (prioritet 2).
- erbjuda dynamisk spirometri med mätning av FEV1/FVC efter bronkdilaterande behandling till personer med misstänkt KOL och som röker eller har rökt (prioritet 1).
- erbjuda vuxna med okontrollerad astma och underhållsbehandling uppföljande spirometriundersökning 1 gång per år (prioritet 2).
- erbjuda personer med KOL som röker uppföljande spirometriundersökning 1 gång per år (prioritet 2).

Målnivå

För indikatorn *spirometri vid astma* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 95\%$ för barn och ungdomar 6-17 år samt personer ≥ 18 år med astma, både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

För indikatorn *mätning av FEV1/FVC efter bronkdilatation vid diagnostik av KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 95\%$ för personer ≥ 18 år, både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

Gap/konsekvens i VGR

Det finns inte tillräckligt många läkare och sjuksköterskor i primärvården som rätt kan tolka dynamisk spirometri med eller utan reversibilitetstest.

Åtgärd

- Ta fram spirometri-utbildning (webbaserad/klassrum) för läkare och sjuksköterskor i primärvården. Inkludera information om när FEV1/FEV6-mätning ska erbjudas.

Önskemål om ackreditering/certifiering av vårdcentraler där spirometriutbildad personal ingår som en viktig faktor.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildning till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

2.1 Spirometri vid astma (vuxna)

2.6 Uppföljning med spirometri en gång per år vid okontrollerad astma

3.1 Spirometri vid astma (barn och ungdomar)

4.7 Uppföljning med spirometri bland personer med KOL som röker

Munin: Andel listade patienter med spirometriuppgift.

Fånga i Munin/Luftvägsregistret vilka patienter som har astma/KOL-diagnos, men ej gjort spirometri.

Genomföra gångtest för att mäta fysisk kapacitet

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med stabil KOL i stadium 2–4 med misstänkt nedsatt fysisk kapacitet en mätning av fysisk kapacitet med 6 minuters gångtest (prioritet 1).

Målnivå

Nationell målnivå saknas.

Gap/konsekvens i VGR

Saknas idag underlag för i vilken omfattning gångtest genomförs men uppfattningen är att det görs i varierande grad på olika sjukhus. Även dokumentationen av testen varierar mellan sjukhusen och sker i olika mallar. Viktigt signalvärde.

Åtgärd

- Ta fram en regiongemensam webbaserad utbildning och skriftligt utbildningsmaterial för hur gångtest ska genomföras och dokumenteras.
- VGR-anpassa mall för gångtest som håller på att utarbetas av Nationella Programrådet för astma/KOL, utifrån vedertagen godkänd mall från American Thoracic Society.
- Regiongemensam kodning med KVÅ för gångtest, både i primärvård och på sjukhus.

Information

Den 21 januari 2017 lanseras den med riktlinjerna harmoniserade versionen av Luftvägsregistret där interprofessionell samverkan är uppflyttad till öppenvårdsdelen och placerad bredvid fysisk aktivitet för att stärka 6 minuters gångtest.

I AsynjaVisph kommer en uppdaterad journalmall för astma och KOL innehålla rubrik om 6 minuters gångtest för direktöverföring till Luftvägsregistret.

Beräknad tillkommande kostnad

Ej beräknat. Beror av vad som finns tillgängligt.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 4.13* Andel personer med stabil KOL, stadium 2–4 med nedsatt fysisk kapacitet som fått mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest, procent.

Hämtas ur Luftvägsregistret.

Initiera och genomföra allergiutredning i större omfattning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med misstänkt astma i alla åldrar en riktad allergiutredning med blodprov eller pricktest av misstänkt utlösande allergen (barn prioritet 2, vuxna prioritet 5).

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Intrycket är att det görs på barn men inte så ofta på vuxna.

Åtgärd

- Regionala medicinska riktlinjer behövs för hur utredningar ska göras, anamnes, blodprov, pricktest.
- Önskemål från Astma- och Allergiföreningen om ökat antal allergikonsulenter i VGR till minst 1 allergikonsulent/sjukhusförvaltning. Allergikonsumenten deltar i det förebyggande arbetet av allergisjukdom för förbättrad livskvalitet för patienten, minskad läkemedelsbehandling och minskad belastning på övrig sjukvård.

Beräknad tillkommande kostnad

Beräknas i samband med utarbetande av RMR.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

2.2 Allergiutredning vid astma (vuxna)

3.2 Allergiutredning vid astma (barn och ungdomar)

KVÅ-kod för allergiutredning finns. Den nya AsynjaVisph-mallen kommer att ha allergiutredning som en rubrik för direktöverföring till Luftvägsregistret.

Öka användningen av frågeformulären ACT och CAT

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda barn och vuxna med astma symtombedömning med fråge-formuläret ACT (prio 2).
- erbjuda personer med KOL symtombedömning med frågeformuläret CAT (prio 2).

Målnivå

Bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär ACT vid astma hos barn och ungdomar 4-17 år samt personer ≥ 18 år: $\geq 95\%$, för primärvård och specialiserad öppenvård.

För indikatorn *bedömning av hälsostatus med strukturerat frågeformulär CAT vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 95\%$ för personer ≥ 18 år, både för primärvård och specialiserad öppenvård.

Gap/konsekvens i VGR

Användningen behöver öka.

Åtgärd

- Utbildning för läkare och sjuksköterskor, sjukhus och primärvård.

Registreras i Luftvägsregistret. Den nya AsynjaVisph-mallen har ACT och CAT som egna rubriker och värdena kommer att föras över direkt till Luftvägsregistret.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildningsinsats till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

2.3 Symtombedömning med ACT vid astma (vuxna)

3.3. Symtombedömning med ACT vid astma (barn och ungdomar)

4.2 Symtombedömning med CAT vid KOL

Hämtas ur Luftvägsregistret.

Läkemedelsbehandling

Optimera användningen av inhalationssteroider och kombinationsläkemedel

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda behandling med inhalationssteroider till barn från 6 månader till 6 år som har astmasymtom minst 2 gånger i veckan (prioritet 2).
- erbjuda tilläggsbehandling med regelbunden inhalationssteroid till vuxna och barn från och med 6 år med astma som har behov av kortverkande beta-2-stimulerare mer än 2 gånger per vecka (prioritet 2).

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Uppfattningen är att det fungerar i VGR vad gäller barn. Eventuellt finns en överbehandling. Det som haltar på barnsidan är diagnostik, uppföljning och kommunikation mellan primärvård och sjukhus.

För vuxna är uppfattningen att VGR har en underbehandling.

Relativt stor variation mellan regionerna i Sverige. VGR ligger i nedre halvan avseende kombinationsläkemedel.

Åtgärd

- För att öka användning inhalationssteroider och kombinationsläkemedel behöver vårdcentralerna vara mer aktiva och fånga upp patienterna på ett bättre sätt t ex vid receptförnyelse. Patienter kan gå med sina besvär och anpassa sig efter sin sjukdom istället för att söka hjälp. Bör förtydligas i RMR och betonas i utbildningar.
- Strukturerad uppföljning för att inte missa patienter. Uttala krav på spirometri för patienter som står på beta-2-stimulerande behandling. Bör förtydligas i RMR och betonas i utbildningar.
- Fånga kommunikation mellan enheter. Kommunikation akuten – primärvård/klinik behöver förbättras, t ex genom remiss till vårdcentral/barnklinik/lungklinik.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

2.12* Tillägg av regelbunden inhalationssteroid vid okontrollerad astma

3.15* Tillägg av regelbunden inhalationssteroid vid okontrollerad astma

3.16* Inhalationssteroid vid astmasymtom mer än två gånger per vecka

Andel som endast behandlas med inhalationssteroider mot andel som har kombinationsbehandling.

Fånga patienten på akuten – mät uppföljningsbesök efter 6 veckor.

Sökning på förbrukning av beta-2-stimulerande behandling mer än 2 ggr/vecka – dessa patienter bör behandlas med steroider.

Använda spacer istället för nebulisator

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda bronkdilaterande läkemedelsadministrering med spray och spacer vid akut exacerbation till barn och vuxna med astma (prioritet 2).

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Erbjuds inte fullt ut idag. Pedagogisk fördel att använda samma medicin och hjälpmedel som finns hemma (spacer). Nebulisator rekommenderas vid riktigt svår astma.

Åtgärd

- En utbildningsinsats behöver göras för att ändra praxis och gå över till läkemedelsbehandling via spacer istället för nebulisator vid akut exacerbation. Riktlinjer är på gång från terapigrupp allergi-andning-ÖNH.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildningsinsats till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Ingen indikator.

Se över rådgivningen avseende läkemedelsbehandling till gravida

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda gravida med astma fortsatt optimal läkemedelsbehandling under graviditeten (prioritet 1).

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Uppfattningen är att det finns regionala variationer.

Åtgärd

- Utbildningsinsats om steroidbehandling för berörd profession.
- Riktad information till gravida kvinnor med astma.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildningsinsats till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Ingen indikator.

Övrig behandling

Ge stöd avseende rökstopp i större omfattning och på ett mer enhetligt sätt

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda stöd att sluta röka till personer med astma som röker (prioritet 1)
- erbjuda stöd att sluta röka till personer med KOL som röker (prioritet 1).

Målnivå:

För indikatorn *ungdomar med astma, 12-17 år, som fått frågan om rökning* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 97\%$ både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

För indikatorn *rökavvänjning vid astma hos personer ≥ 18 år* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 95\%$ både för primärvård och för specialiserad öppenvård.

För indikatorn *rökavvänjning vid KOL* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till $\geq 95\%$ för personer ≥ 18 år både för primärvård och specialiserad öppenvård.

Åtgärd

- Pågår utbildningsinsatser via Regionuppdrag sjukdomsförebyggande metoder.

Information

Alla primärvårdsenheter ska erbjuda hjälp till rökstopp enligt KoK-boken.

Beräknad tillkommande kostnad

Inga.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 2.4 Andel rökare med astma som har erbjudits rökavvänjning, procent.

Indikator 2.5 Andel personer med astma som har erbjudits rökavvänjning och inte längre röker, procent.

Indikator 3.4 Andel ungdomar med astma som har fått frågan om de röker.

Indikator 4.4 Andel rökare med KOL som har erbjudits rökavvänjning, procent.

Indikator 4.5 Andel personer med KOL som erbjudits rökavvänjning och inte längre röker, procent.

Hämtas från Luftvägsregistret.

Erbjuda anpassad träning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer med stabil KOL i stadium 2–4 och nedsatt fysisk kapacitet konditions- och styrketräning (prioritet 3)
- erbjuda personer med KOL i stadium 2–4 och en akut exacerbation ledarstyrd konditions- och styrketräning i direkt anslutning till den akuta försämringen (prioritet 3).

Målnivå

Nationell målnivå saknas.

Gap/konsekvens i VGR

Här är bedömningen att det finns behov av utökade insatser. Många erbjuds träning men patienterna uteblir ofta. Det finns anledning att se över hur erbjudandena om träning ser ut och av vilka skäl patienterna väljer att avstå.

Åtgärd

- Ta fram RMR för ansvarsgränser för vilka som ska erbjudas anpassad träning i primärvård respektive på sjukhus, avseende fysioterapi och arbetsterapi.
- Uppdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen till en projektledare att göra en fördjupad analys av rehabinsatser för patienter med hjärtsjukdom och astma/KOL inom både slutenvård och primärvård. Det behövs en kartläggning över hela regionens situation gällande rehabilitering, möjlighet till resurser och lokaler. Vidare behöver det utredas orsakerna till att patienter väljer att inte fullfölja sin rehabiliteringsplan, vilka behandlingsmetoder som erbjuds och under vilken tid i sjukdomsförloppet. En kartläggning över ansvarsfördelning och överrapportering från slutenvård till primärvård bör göras.

Detta uppdrag ska resultera i:

- En plan för ökat deltagande i rehabilitering under både det initiala och det fortsatta sjukdomsförloppet, från slutenvård till primärvård, och för patienter enbart inom primärvård.
- Ett förslag till hur rehabilitering ska organiseras och genomföras för att öka deltagande i rehabiliteringsinsatserna både inom slutenvård och primärvård.
- Identifiera kvalitetsindikatorer, med regionala och nationella riktlinjer som grund, som kan följas i hela vårdkedjan.
- Personalens utbildningsbehov inom sluten- och primärvård.
- En plan för resurssättning av personal och lokaler.
- Ett förtydligande om ansvarsfördelningen på de olika vårdnivåerna och vilken kompetens som behövs på respektive vårdnivå (RMR, se första punkten ovan).

Beräknad tillkommande kostnad

För att stödja en likvärdig implementering av regionuppdragen för astma/KOL och hjärtsjukvård föreslås tillsättande av en projektledare på 50% under 6-12 månader som gör en fördjupad behovsanalys av rehab-insatser för personer med astma/KOL och personer med hjärtsjukvård inom både primärvård och slutenvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 4.14 Andel personer med stabil KOL, stadium 2–4 med nedsatt fysisk kapacitet mätt med sex minuters gångtest, som har fått konditions- och styrketräning, procent.

Datakälla saknas.

Öka andelen patienter med nutritionsbehandling vid KOL och lågt BMI

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda nutritionsbehandling till personer med KOL som har ett BMI lägre än 22 (prio 3).

Målnivå

Nationell målnivå saknas.

Gap/konsekvens i VGR

Sjukhus

Det brister i rutiner att genomföra riskbedömning av undernäring vid ankomstsamtalen i samband med inläggning på sjukhus i syfte att patienterna ska få kostbehandling med rätt kost under vårdtillfället. Det är också viktigt att patienterna får kostråd inför hemgång och vid behov förskrivning av kosttillskott för hemmabruk (SÄRNÄR-produkter). KOL-patienter med vanliga samsjuklighetsdiagnoser, såsom diabetes, hjärtsjukdom, depression, osteoporos och skelettmuskeldysfunktion har ofta påverkan på sitt nutritionsstatus, vilket kan ställa ökade krav på individualiserad nutritionsbehandling. Smärtproblematik samt dålig tandstatus utgör också vanliga indikationer på behov av nutritionsbehandling av dietist. Det blir en effektivare behandling om dietister blir konsulterade, oavsett stadium 1-4.

Primärvård

Beslut är fattat om en producentneutral dietistverksamhet i Västra Götalandsregionen samt införande av *Dietist direkt* (HS 2016-00171). Förslaget till dietistverksamhet bygger på en regiongemensam organisation och ledning för hela verksamheten med 4-5 knutpunkter. Det föreslås en ökning med 25 dietisttjänster och med de idag befintliga tjänsterna skulle detta innebära en täckning på cirka en dietist per 60 000 invånare och medför att en dietist arbetar mot 6-8 vårdcentraler. Dietist direkt är en tjänst dit alla vårdcentralers personal kan vända sig på kontorstid för nutritionskonsultation via mail eller telefon.

En producentneutral dietistenhet ska utgöra ett komplement till vårdcentralernas utbud och erbjuda alla vårdcentraler inom VG Primärvård, oavsett driftsform, tillgång till dietist så att alla invånare i hela regionen får likvärdiga möjligheter. En av de prioriterade patientgrupperna är patienter med problem som följd av långvariga/livslånga sjukdomar, bland annat astma/KOL.

Åtgärd

- Ta fram RMR för nutritionsstatusbedömning vid ankomstsamtal i samband med inskrivning i slutna vård inklusive regiongemensam rutin för KVÅ-kodning för åtgärder kring nutrition såsom DV053 (nutritionsbehandling, kosttillskott, beräkning) eller DV 025 (förskrivning av livsmedel för särskilda näringsändamål, SÄRNÄR).
- Utbilda berörd profession om nutritionsbehandling till patienter med lågt BMI samt specifikt screeningformulär som är validerat för KOL-patienter utifrån Läkemedelsverkets rekommendation.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildningsinsats till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 4.15 Andel personer med KOL som har BMI < 22 och har fått nutritionsbehandling med näringsdryck, procent

Hämtas ur Luftvägsregistret på sikt.

Munin: finns uppgift om i vilken mån BMI finns registrerat på KOL-patienter.

Rutiner och arbetssätt

Interprofessionell samverkan

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda personer i alla åldrar med astma eller KOL vård med interprofessionell samverkan (prioritet 4).

Målnivå

Nationell målnivå saknas.

Gap/konsekvens i VGR

Samverkan mellan vårdcentraler och sjukhus och mellan vårdcentraler och rehabenheter behöver förbättras. Ersättningsystemen upplevs vara ett hinder i detta.

Åtgärd

- Krav på dokumentation i Luftvägsregistret.
- Nationella Programrådet astma/KOL håller på att ta fram ett kunskapsstöd med precisering av begrepp och beskrivningar om innehåll för interprofessionell samverkan av alla berörda professioner. I interprofessionell samverkan mellan olika professioner ingår läkare, sjuksköterska och minst en av följande professioner; fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist, kurator eller psykolog.

Beräknad tillkommande kostnad

Ingen tillkommande kostnad inledningsvis. Ökade krav på samverkan kan ställa krav på utökade resurser i framförallt primärvården.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 3.19 Andel barn och ungdomar med astma som har fått vård med interprofessionell samverkan, procent.

Indikator 4.18 Andel personer med KOL som har fått vård med interprofessionell samverkan, procent.

Hämtas ur Luftvägsregistret.

Patientutbildning och behandlingsplan

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda patientutbildning och stöd till egenvård såväl individuellt som i grupp (prioritet 4)
- erbjuda en skriftlig behandlingsplan (prioritet 4).

Målnivå

För indikatorn patientutbildning vid astma respektive KOL har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 80 procent både för primärvård och för specialiserad öppenvård. Gäller även för ungdomar 12-17 år.

Gap/konsekvens i VGR

Individuell behandlingsplan erbjuds idag och bygger framför allt på individuell rådgivning. Det upplevs att vissa patienter och anhöriga inte kommer till de grupputbildningar som erbjuds.

Åtgärd

- Nationella programrådet i astma/KOL håller på att ta fram en mall för individuell behandlingsplan. Den behöver ses över och vid behov anpassas efter regionens behov samt införas.
- Anpassa och systematisera material som erbjuds patienter/anhöriga för att öka andelen som kommer.
- Spridning av e-KOL-skolan från Skaraborgs sjukhus i samarbete med e-Hälsa, en kvalitetssäkrad webbaserad patient- och anhörigutbildning utifrån Socialstyrelsens rekommendationer i nationella riktlinjer. Just nu är utbildningen i pilotversion. Implementering väntas snart. Spridning görs av arbetsgruppen samt senare via 1177.

Beräknad tillkommande kostnad

Inledningsvis inga tillkommande kostnader. Finansiering finns för färdigställande och spridning av e-KOL-skolan från SKAS.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Indikator 2.8 Andel personer med astma som har genomgått patientutbildning, procent.

Indikator 3.8 Andel ungdomar med astma som har genomgått patientutbildning, procent.

Indikator 4.10 Andel personer med KOL som har genomgått patientutbildning, procent.

Hämtas ur Luftvägsregistret.

Uppföljning och återbesök

Hälso- och sjukvården bör

erbjuda barn och ungdomar återbesök med spirometri samt bedömning av symtom och fysisk aktivitet

- inom 6 veckor vid astma och exacerbation (prioritet 2)
- minst 2 gånger per år vid okontrollerad astma (prioritet 2)
- 1–2 gånger per år vid kontrollerad astma och underhållsbehandling (prioritet 2)
- vid behov vid kontrollerad astma utan underhålls-behandling (prioritet 3)

erbjuda vuxna med astma återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet

- inom 6 veckor vid astma och exacerbation (prioritet 2)
- minst 2 gånger per år vid okontrollerad astma (prioritet 2)
- 1 gång per år vid kontrollerad astma och underhålls-behandling (prioritet 3)
- vid behov vid kontrollerad astma utan underhålls-behandling (prioritet 4)

erbjuda personer med KOL återbesök med bedömning av symtom och fysisk aktivitet

- inom 6 veckor vid akut exacerbation
- minst 2 gånger per år vid exacerbationer (prioritet 2)
- 1 gång per år vid underhållsbehandling (prioritet 3)
- vid behov vid ingen underhållsbehandling (prioritet 3)

Målnivå

Ingen.

Gap/konsekvens i VGR

Titta på besök i Munin/Vega: hur ofta har patienter med diagnos gått på kontroll.

Tid till astma/KOL sjuksköterska är en nyckelfaktor.

Åtgärd

- Ta fram regionala riktlinjer för uppföljning och återbesök avseende både astma och KOL utifrån Socialstyrelsens rekommendationer. Tydliggör vikten av kommunikation/skicka remiss mellan akutmottagning - vårdcentral för att klara 6-veckorsmålet.
- Utbildningsinsatser (webbaserad/klassrum) för berörd personal i primärvården.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för utbildningsinsats till berörd profession.

Uppföljning - Socialstyrelsens indikator

Vuxna:

2.6 Uppföljning med spirometri en gång per år vid okontrollerad astma

2.7 Återbesök minst två gånger per år vid okontrollerad astma

2.13* Återbesök inom sex veckor vid exacerbation av astma

2.14* Återbesök en gång per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling

Barn och ungdomar:

3.6 Återbesök två gånger per år vid okontrollerad astma

3.7 Återbesök en till två gånger per år vid kontrollerad astma med underhållsbehandling

3.13* Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär

3.14* Uppföljning med ställningstagande till astmautredning vid obstruktiva andningsbesvär mer än 2 gånger

3.17* Återbesök inom sex veckor vid exacerbation av astma

KOL:

4.7 Uppföljning med spirometri bland personer med KOL som röker

4.8 Återbesök minst två gånger per år vid exacerbation av KOL

4.9 Återbesök en gång per år vid KOL med underhållsbehandling

4.17* Återbesök inom sex veckor vid akut exacerbation av KOL

Patienter med psykisk sjukdom och astma KOL

Behov av särskilda åtgärder för denna grupp som vi lyfte i konsekvensbeskrivningen?

Patienter med svår psykisk ohälsa har särskilda förutsättningar med såväl vanligt förekommande somatisk samsjuklighet, som uttalade kognitiva problem och svårigheter att på egen hand söka sig till sjukvården.

För att kunna ge denna grupp en god vård är det av största vikt att beakta behovet av speciell hälsopedagogik och anpassade insatser vid psykisk sjukdom för såväl rökstopp som mätning av fysisk kapacitet och träning liksom nutrition vid KOL och astma.

Åtgärd

- Kan ingå som en del i riktade utbildningsinsatser.
- Kan kommenteras i RMR.

Stöd för implementering

Regionuppdrag är ett arbetssätt för att skapa ett ordnat införande av nya läkemedel, metoder och riktlinjer samt en ordnad utmönstring av läkemedel och metoder som skapar ingen eller endast lite nytta för patienterna. För att stödja en likvärdig implementering av regionuppdraget i hälso- och sjukvården krävs kunskapsseminarier, både för personal på sjukhus och på vårdcentraler. Verksamhetschefer på respektive enhet bör prioritera att medarbetare tar del av ny kunskap.

Åtgärd

Sektorsrådet i allmänmedicin, tillsammans med resurs från Koncernstab hälso- och sjukvård, studierektorer samt existerande utbildningsgrupp som precis påbörjat ett arbete avseende kompetensutveckling planerar och genomför utbildningsinsatser till allmänläkare och sjuksköterskor.

Beräknad tillkommande kostnad

Kostnader för bokning av lokaler, förtäring och övriga kostnader i samband med utbildningstillfällena.

Sammanställning av tillkommande kostnader per förvaltning och år

Åtgärder	Tid	Ansvar	Beräknade tillkommande kostnader
Projektledare, 50% under 6-12 månader. Syfte: att analysera behov av rehab-insatser för personer med astma/KOL samt hjärtsjukvård. Kostnader för genomförande av åtgärder utifrån behovsanalysen tillkommer.	2017	Koncernstab hälso- och sjukvård	300 000
Utbildning till allmänläkare och sjuksköterskor i PV Innehåll: Spirometri, frågeformulär, läkemedelsbehandling, bedömning av nutritionstatus, uppföljning.	2017	SRAM och Koncernstab hälso- och sjukvård	200 000 kr
Ta fram nya RMR för: • Utredning av astma för barn • Allergikutredning • Ansvarsgränser för anpassad träning • Nutritionstatus-bedömning • Uppföljning och återbesök	2017	Medicinska sektorsråden i allmänmedicin, internmedicin och barnsjukvård	Beräknas i samband med utarbetande av varje RMR
Summa			500 000 kr

Uppföljning av regionuppdraget

Genomförandet av regionuppdraget kommer att följas upp fortlöpande under introduktionstiden av Koncernstab hälso- och sjukvård.

Efter introduktionstiden av regionuppdraget övertas ansvaret för fortsatt utveckling och finansiering av den aktuella vården av beställare och utförare i vårdöverenskommelsearbetet.

Referenser

Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för vård vid astma och KOL 2015 www.socialstyrelsen.se

1. Jansson S-A, Rönmark E, Forsberg B, Löfgren C, Lindberg A, B, L. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respiratory medicine*. 2007; 101(11):2263-70.
2. Centrum för allergiforskning. Vilka är de samhällsekonomiska kostnaderna för allergier? [Internet]. 2005. Hämtad från: <http://www.vardal.se/vnytt/4-07/art13.html>
3. Jansson, S-A, Backman, H, Stenling, A, Lindberg, A, Rönmark, E, Lundbäck, B. Health economic costs of COPD in Sweden by disease severity – Has it changed during a ten years period? *Respiratory medicine*. 2013; 107(12):1931-8.

Från: Sonja Gillving för HSS FB
Skickat: den 6 mars 2017 13:50
Till: PV Primarvarden; Lise-Lotte Risö Bergerlind; Malin Camper; Anna Erlingsdotter Wass; Ben Norman; Lasarett Alingsås; Anna Eriksson; KS/FSS Styrelsen FB; Frölundaspecialistsjukhus; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs
Ämne: Expedierat HS 2016-00561, § 32-2017 - Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Användning av avsatta medel för psykiatri i Västra Götalandsregionen
Bifogade filer: Protokollsutdrag från Hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 22 februari 2017 - Användning av avsatta medel för psykiatri i Västra Göta....pdf; Användning av avsatta medel för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen.pdf

Enligt sändlista

Översänder hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut, § 32-2017,
Användning av avsatta medel för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen
Dnr HS 2016-00561

E u

Sonja Gillving
Nämndsekreterare
Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Enhet för styrelse- och nämndsekretariat
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen

Telefon: 010 - 441 30 73
sonja.gillving@vgregion.se

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

§ 32

Användning av avsatta medel för psykiatri i Västra Götalandsregionen

Diarienummer HS 2016-00561

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fördelar de 22 mnkr som tidigare avsatts till förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri enligt upprättat förslag.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att tillsammans med berörda förvaltningar följa upp de delar i förslaget som fördelas till sjukhusen.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att fortlöpande återrapportera till psykiatriberedningen hur satsningen fortskrider.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 28 september 2016, § 130, beslutat om fördelning av 75 mnkr som avsatts för förstärkning inom psykiatri. Av de 75 mnkr fördelades 22 mnkr för förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri inom ramen för då pågående arbete med regional utvecklingsplan, men att avvakta specifik inriktning tills beslut fattats om den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri vars process då var i sitt slutskede.

Regionfullmäktige har beslutat om regional utvecklingsplan den 31 januari 2017.

Medel föreslås användas för förstärkning av områden identifierade i regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri och gäller dels förstärkning kring nya yrkeskategorier och dels generell förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri. Behoven finns beskrivna i regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020 och åtta nya regionala medicinska riktlinjer för barn- och ungdomspsykiatri.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2017-02-08
- Protokollsutdrag från Psykiatriberedningens 2017-01-24, § 1
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-17 till psykiatriberedningen

Skickas till

- Styrelsen för Kungälv's sjukhus och Frölunda specialistsjukhus för genomförande
- Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset för genomförande
- Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus för genomförande
- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus för genomförande
- Styrelsen för NU-sjukvården för genomförande
- Primärvårdsstyrelsen för kännedom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2017-02-22

- Psykiatriberedningen för kännedom
- Anna Erlingsdotter-Wass
- Lise-Lotte Risö-Bergerlind
- Malin Camper

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

Tjänsteutlåtande
Datum 2017-02-08
Diarienummer HS 2016-00561

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Malin Camper
Telefon: 0761-16 90 01
E-post: malin.camper@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Användning av avsatta medel för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen fördelar de 22 mnkr som tidigare avsatts till förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri enligt upprättat förslag.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att tillsammans med berörda förvaltningar följa upp de delar i förslaget som fördelas till sjukhusen.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att fortlöpande återrapporera till psykiatrieredningen hur satsningen fortskrider.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 28 september 2016, § 130, beslutat om fördelning av 75 mnkr som avsatts för förstärkning inom psykiatri. Av de 75 mnkr fördelades 22 mnkr för förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri inom ramen för då pågående arbete med regional utvecklingsplan, men att avvakta specifik inriktning tills beslut fattats om den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri vars process då var i sitt slutskede.

Regionfullmäktige har beslutat om regional utvecklingsplan den 31 januari 2017.

Medel föreslås användas för förstärkning av områden identifierade i regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri och gäller dels förstärkning kring nya yrkeskategorier och dels generell förstärkning av barn- och ungdomspsykiatri. Behoven finns beskrivna i regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020 och åtta nya regionala medicinska riktlinjer för barn- och ungdomspsykiatri.

Fördjupad beskrivning av ärendet

För att utveckla den specialiserade psykiatriska vården har hälso- och sjukvårdsstyrelsen avsatt ramhöjande medel under två års tid, 2015 och 2016. Även för 2017 har medel avsatts.

Tidigare års satsningar har innefattat förstärkning inom området neuropsykiatri för att tillgängliggöra utredning och behandling till personer med neuropsykiatrisk problematik oavsett ålder. Vidare har förstärkning avsatts bl. a. till vården av självskadepatienter, ätstörningsvården, den specialiserade traumavården,

Datum 2017-02-08
Diarienummer HS 2016-00561

2 (4)

förstärkning av regionens könsdysforimottagning och för tillskapande av regional specialistmottagning för stressrelaterad psykisk ohälsa. Satsningarna har också inneburit generella förstärkningar såväl till barn- och ungdomspsykiatrien som till vuxenpsykiatrien.

Utgångspunkter för tidigare förstärkningar liksom för detta förslag har varit och är behov som identifierats i de regionala utvecklingsplaner och pågående regionuppdrag.

Identifierade behov i regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri – regionala medicinska riktlinjer

En central del för utvecklingen av den barn- och ungdomspsykiatriska vården har varit och är arbetet med framtagande av regionala medicinska riktlinjer för olika diagnos- och behovsområden. Det har för flera diagnosområden tidigare saknats. Regionala medicinska riktlinjer syftar till att minska gapet mellan evidensbaserade metoder och klinisk praxis, utjämna inomregionala skillnader i vården och att säkerställa kvaliteten i vårdutbudet men säkerställer också innehåll i upphandlingar och avtal med privata aktörer.

Utifrån arbete med åtta diagnosområden har varje verksamhetschef gjort konsekvensanalys utifrån respektive klinik. En sammanfattning av det regionala perspektivet visar att det blir tydligt att BUP går mot en allt mer specialiserad vård som kräver ett stort spektrum av insatser men också att det krävs en omställning och effektivisering av vården i termer av att skapa fler mobila lösningar och färre och robusta mottagningar för att klara kvaliteten i den vård som erbjuds och för att minska sårbarhet vid ex. personalvakanser.

Flera av riktlinjerna innebär ett större åtagande för BUP såväl kvalitativt som kvantitativt. Det gäller både utredningar och inom behandlingssidan då det under de senaste åren vuxit fram fler evidensbaserade och specialiserade behandlingsinterventioner. Det ställs också krav på mer omfattande uppföljningsinsatser för fler patientgrupper än tidigare för att säkerställa behandlingsresultat. Flera riktlinjer, bl.a. de för ADHD och autismspektrumtillstånd, pekar också på vikten av att säkerställa tillgång till andra yrkeskompetenser än de som brukligt finns inom BUPs verksamhet, ex. för utredning och bedömning. Det handlar företrädesvis om arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier och dietister.

Införande av riktlinjerna kommer att kräva stora insatser på utbildningssidan och metodutveckling för att kunna erbjuda det stora spektrum av insatser av evidensbaserade metoder som nu finns tillgängliga, på individ- och gruppnivå. Utbildningsbehoven är av karaktär som delvis redan utförts men eftersom det är en stor omsättning på personal krävs ständig påfyllnad inom ex. föräldraträningssatser, gruppbehandlingar och KBT. 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 och omställningen av vården.

Datum 2017-02-08
Diarienummer HS 2016-00561

3 (4)

Förslag till fördelning av 22 mnkr

- 7,7 mnkr - Förstärkning nya yrkeskategorier inom barn- och ungdomspsykiatri. Medel avser att säkerställa tillgång till arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopeder och dietister och fördelas till KS, SU, SÄS, SkaS och NU-sjukvården enligt följande:
 - KS: 1 tjänst - 700 000 kr
 - SU: 4 tjänster - 2 800 000 kr
 - SÄS: 2 tjänster - 1 400 000 kr
 - SkaS: 2 tjänster - 1 400 000 kr
 - NU-sjukvården: 2 tjänster - 1 400 000 kr
- 14,3 mnkr – Förstärkt öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatri. Medel avser förstärkning inom området på respektive förvaltning och skall ha en tydlig koppling till den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri och de åtta nya RMR som tagits fram i anslutning till denna. Medel fördelas efter befolkningsunderlag 0-17 år och innebär följande fördelning:
 - KS: 1 001 000 kr (7 %)
 - SU: 6 006 000 kr (42 %)
 - SÄS: 2 717 000 kr (19 %)
 - SkaS: 2 145 000 kr (15 %)
 - NU-sjukvården: 2 431 000 kr (17 %)

Finansiering

Kostnader i samband med utbildningsinsatser finansieras med statsbidrag inom området psykisk hälsa vilket beslutats om i särskild ordning.

Beredning

Ärendet har kommunicerats med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri.

Psykiatriberedningen har behandlat ärendet den 24 januari 2017.

Koncernstab hälso- och sjukvård

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Avdelningschef kunskapsstöd

Bilagor

- Psykiatriberedningens beslut 2017-01-24, § 1
- Tjänsteutlåtande daterat 2017-01-17

Datum 2017-02-08
Diarienummer HS 2016-00561

4 (4)

Besluten skickas till

- Styrelsen för Kungälvssjukhus och Frölunda specialistsjukhus för genomförande
- Styrelsen för Sahlgrenska universitetssjukhuset för genomförande
- Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus för genomförande
- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus för genomförande
- Styrelsen för NU-sjukvården för genomförande
- Primärvårdsstyrelsen för kännedom
- Psykiatriberedningen för kännedom
- Anna Erlingsdotter-Wass
- Lise-Lotte Risö-Bergerlind
- Malin Camper