

Mötesbok: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (2018-04-26)

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Datum: 2018-04-26

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde

Kommentar:

Dagordning

Kallelse

Kallelse Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2018-04-26	3
--	---

Beslutsärenden

§ 28 Delårsrapport Skaraborgs Sjukhus mars 2018	5
§ 29 Uppföljning intern kontroll delårsrapport mars 2018	58
§ 30 Vårdöverenskommelse 2018-2019 mellan Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och Skaraborgs Sjukhus avseende sprututbytesprogram	60
§ 31 Remiss - Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället	70
§ 32 Utnämning av dataskyddsbud	77
§ 33 Redovisning av delegeringsbeslut 26 april 2018	84

Anmälningssärenden

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1	85
Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag	106
Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Kommunikering av hälsouppgifter via sms	204
Revisorskollegiets beslut om Fastställande av årsrapporter och följebrev	209
Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022	221
Regionstyrelsens beslut om Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag	230
Regionstyrelsens beslut om Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2019-2022	237

Information

Högprioriterade frågor och ekonomi i balans	251
Omställningsarbete SkaS	252
Sommarplanering 2018	253
Sjukhusdirektörens information	254
Information från presidiet	255

Kallelse/Föredragningslista**Sammanträde med Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 26 april 2018****Plats:** Skaraborgs Sjukhus Skövde**Tid:** Kl. 13:00 - 16:00

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

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare
- Justeringsdatum
- Eventuella beslut om närvarorätt
- Eventuella beslut om yttranderätt
- Anmälan om jäv
- Eventuella ärenden som kommer till eller stryks

Beslutsärenden

1. Delårsrapport Skaraborgs Sjukhus mars 2018
Diarienummer SKAS 2018-00442
Åsa Ranbro Jansson
2. Uppföljning intern kontroll delårsrapport mars 2018
Diarienummer SKAS 2018-00064
Eva Sundström
3. Vårdöverenskommelse 2018-2019 mellan Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och Skaraborgs Sjukhus avseende sprututbytesprogram
Diarienummer SKAS 2018-00393
Eva Sundström
4. Remiss - Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället
Diarienummer SKAS 2018-00159
Petter Hjalmarsson
5. Utnämning av dataskyddsombud
Diarienummer SKAS 2018-00487
Petter Hjalmarsson
6. Redovisning av delegeringsbeslut 26 april 2018
Diarienummer SKAS 2018-00514
Petter Hjalmarsson

Anmälningssärenden

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1
Diarienummer SKAS 2018-00347
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag
Diarienummer SKAS 2018-00348
3. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Kommunikering av hälsouppgifter via sms
Diarienummer SKAS 2018-00352
4. Revisorskollegiets beslut om Fastställande av årsrapporter och följebrev
Diarienummer SKAS 2018-00400
5. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022
Diarienummer SKAS 2018-00419
6. Regionstyrelsens beslut om Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag
Diarienummer SKAS 2018-00437
7. Regionstyrelsens beslut om Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2019-2022
Diarienummer SKAS 2018-00438

Information

- A. Högprioriterade frågor och ekonomi i balans
- B. Omställningsarbete SkaS
- C. Sommarplanering 2018
- D. Sjukhusdirektörens information
- E. Information från presidiet

Ulla-Britt Hagström
Ordförande

Tänk på miljön

Res gärna kollektivt (www.vasttrafik.se)

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-19

Diarienummer SKAS 2018-00442

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Åsa Jansson

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Delårsrapport mars 2018**Förslag till beslut**

1. Styrelsen för Skaraborgs fastställer delårsrapport mars 2018.

Sammanfattning av ärendet

Det ekonomiska resultatet per mars 2018 uppgår till -38,7 miljoner kronor. I resultatet ingår intäkter på 12 miljoner kronor som ersättning för produktionsvolymerna utöver vårdöverenskommelsens nivå.

Den totala produktionsvolymen och produktionsersättningen överstiger budgeterade volymer enligt vårdöverenskommelse. Tilläggsuppdragen har utförts för besök men inte fullt ut för operation/behandling.

Remissinflödet och antal besök inom öppenvården har ökat och antal vårdtillfällen inom slutenvården har minskat jämfört med första kvartalet 2017. En minskad slutenvård följer Skaraborgs sjukhus (SkaS) långsiktiga strategi med att utveckla öppna vårdformer som närvård och mobila team, men är även ett resultat av ett reducerat antal vårdplatser till följd av bristen på sjuksköterskor. Belägningsgraden på vårdplatserna har varit hög och tillfälligt öppnade vårdplatser bemannade med så kallade "bemanningssnurror" har påverkat arbetsbelastning och arbetsmiljö negativt för många vårdavdelningar.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin är 89 procent (besök) respektive 70 procent (operation/behandling). Totalt antal väntande till första besök har minskat och till operation/behandling ökat något jämfört med samma period 2017.

Kompetensförsörjningsfrågan har varit och är fortsatt i fokus. I mars är det genomsnittliga antalet nettoårsarbetare 53 fler jämfört med mars 2017. Antalet chefer har ökat under 2017 för att anpassa antal medarbetare per chef till normtalet 10-35. Övrig ökning avser främst undersköterskor och specialistläkare. Antalet sjuksköterskor har minskat. Personalomsättningen har minskat och är lägre än 2017.

Arbetet med regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden pågår. Många aktiviteter är genomförda med goda resultat inom flera områden.

Datum 2018-04-19
Diarienummer SKAS 2018-00442

2 (2)

Beredning

MBL 2018-04-25
Sjukhusledning 2018-04-24

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

Bilaga

- Delårsrapport Skaraborgs Sjukhus mars 2018

Besluten skickas till

- Sjukhusledning
- Verksamhetsråd

Delårsrapport

Skaraborgs Sjukhus Mars 2018



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	4
2	Verksamhet	5
2.1	Viktigaste händelserna under perioden	5
2.2	Hälso- och sjukvårdens produktion/konsumtion.....	6
3	Mål och fokusområden.....	13
3.1	En sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt som alltid utgår ifrån den enskilda personens behov och erfarenheter	13
3.1.1	Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras	13
3.1.1.1	Förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri	14
3.1.1.2	Genomförandet av de regionala psykiatriplanerna	14
3.1.1.3	Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa	15
3.1.2	Sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras	16
3.1.2.1	Uppfylla vårdgarantin.....	19
3.1.2.2	Förstärka primärvården och den nära vården	21
3.1.2.3	Förbättra akutvårdskedjan	21
3.1.2.4	Utveckla digitala vårdformer och tjänster	22
3.1.3	Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras	22
3.1.3.1	Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	23
3.1.3.2	Minska antalet överbeläggningar.....	24
3.1.3.3	Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser	25
3.1.3.4	Den specialiserade vården ska koncentreras	26
3.2	Västra Götalandsregionen ska erbjuda god arbetsmiljö för medarbetarna, kunna behålla och rekrytera rätt kompetens	26
3.2.1	Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras	26
3.2.1.1	Fortsätta utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling.....	27
3.2.1.2	Stimulera uppgiftsväxling, nya arbetssätt och arbetsrotation	27
3.2.1.3	Utveckla arbetsgivarvarumärket.....	28
3.2.2	Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska	28
3.2.2.1	Satsa på ledarskap.....	28
3.2.2.2	Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet.....	30

3.2.2.3	Utveckla och erbjuda moderna anställningsformer samt pröva arbetstidsmodeller.....	31
4	Personal	32
4.1	Lönestruktur	32
4.2	Chefsförutsättningar	32
4.3	Hälsa och arbetsmiljö	32
4.4	Personalvolym, personalstruktur och personalkostnadsanalys.....	33
5	Ekonomiska förutsättningar	36
5.1	Ekonomiskt resultat.....	36
5.1.1	Intäktsutveckling	38
5.1.2	Kostnadsutveckling	39
5.2	Åtgärder vid ekonomisk obalans.....	45
5.3	Investeringar.....	47
6	Bokslutsdokument och noter	48
7	Övrig rapportering	49
7.1	Fördjupad rapport till egen nämnd/styrelse.....	49

Bilagor

Bilaga 1: Tabellbilaga ekonomi 180331

1 Sammanfattning

Det ekonomiska resultatet per mars 2018 uppgår till -38,7 miljoner kronor. I resultatet ingår intäkter på 12 miljoner kronor som ersättning för produktionsvolymen utöver vårdöverenskommelsens nivå.

Den totala produktionsvolymen och produktionsersättningen överstiger budgeterade volymer enligt vårdöverenskommelse. Tilläggsuppdragen har utförts för besök men inte fullt ut för operation/behandling.

Remissinflödet och antal besök inom öppenvården har ökat och antal vårdtillfällen inom slutenvården har minskat jämfört med första kvartalet 2017. En minskad slutenvård följer Skaraborgs sjukhus (SkaS) långsiktiga strategi med att utveckla öppna vårdformer som närvård och mobila team, men är även ett resultat av ett reducerat antal vårdplatser till följd av bristen på sjuksköterskor. Beläggingsgraden på vårdplatserna har varit hög och tillfälligt öppnade vårdplatser bemannade med så kallade "bemanningssnurror" har påverkat arbetsbelastning och arbetsmiljö negativt för många vårdavdelningar.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin är 89 procent (besök) respektive 70 procent (operation/behandling). Totalt antal väntande till första besök har minskat och till operation/behandling ökat något jämfört med samma period 2017.

Kompetensförsörjningsfrågan har varit och är fortsatt i fokus. I mars är det genomsnittliga antalet nettoårsarbetare 53 fler jämfört med mars 2017. Antalet chefer har ökat under 2017 för att anpassa antal medarbetare per chef till normtalet 10-35. Övrig ökning avser främst undersköterskor och specialistläkare. Antalet sjuksköterskor har minskat.

Personalomsättningen har minskat och är lägre än 2017.

Arbetet med regionfullmäktiges prioriterade mål och fokusområden pågår. Många aktiviteter är genomförda med goda resultat inom flera områden.

2 Verksamhet

2.1 Viktigaste händelserna under perioden

Positiva händelser i verksamheten:

- En sjukhusövergripande prioriteringsgrupp för operationsresurser, Prio-Op, har etablerats på sjukhuset. Genom prioriteringsarbetet och verksamhetens förbättrade produktions- och kapacitetsplanering har bland annat köerna för radikala prostatektomier utraderats på fyra månader.
- SkaS tillgänglighetsfunktion har kommit på plats. Funktionen finns organiserad under ekonomifunktionen och stödjer verksamhet och patient i frågor kopplade till regler och riktlinjer för vårdgaranti, valfrihet och köp av vård.
- Att få tolktjänsten via Skype har minskat resande och resursförbrukning för Logopedmottagningen på Skaraborgs sjukhus som erhållit VGR:s miljöstipendium för sitt arbete.
- Mobiliseringsinitiativet är ett framgångsrikt samarbetsprojekt mellan Västra Götalandsregionen och Försäkringskassan. Det har förebyggt och minskat sjukfrånvaro hos medarbetare vid Skaraborgs Sjukhus och resultaten kommer presenteras vid en internationell konferens i Italien i maj.

Utmaningar under perioden

- Den stora utmaningen är fortsatt kompetensförsörjningen, framförallt inom sjuksköterskegruppen, vilket har påverkat bemanningsläget och periodvis har bristen på vårdplatser varit stor. Även operationsverksamheten har haft reducerad verksamhet på grund av bristen på specialistsjuksköterskor vilket påverkar tillgängligheten till operation.
- Ekonomin visar negativa resultat, till stor del är det ekonomiska utfallet kopplat till de merkostnader som kompetensförsörjningsläget orsakar. Stort fokus läggs nu på att komma till rätta med ekonomin, på både kort och lång sikt.

Tillgänglighet

- Produktionen av öppenvårdsbesök har fortsatt att öka. Trots ett högt remissinflöde har måluppfyllelsen för första besök förbättrats något och antalet väntande är färre jämfört med mars 2017. Måluppfyllelsen för operation/behandling har försämrats och antal väntande har ökat något, orsaken är främst bristen på vårdplatser och operationstider.
- Tillgänglighet på akutmottagningen (TVT) har försämrats något under perioden och uppgår per mars till 70,5 procent. Troligtvis är detta en konsekvens av hög beläggingsgrad på slutenvårdsavdelningarnas vårdplatser samt förlängda "hämttider" till akutvårdsavdelningarna. Flera aktiviteter pågår för att förbättra ledtiderna för akutflödet. En positiv nyhet är att Jourcentralen för Västra Skaraborg kommer att flytta sin verksamhet från Ågårdskogens vårdcentral till sjukhusområdet på SkaS Lidköping med syfte att underlätta både för patienter och för samarbetet mellan akutmottagning och vårdcentral.

Utvecklingen inom psykiatri

- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) uppnår inte tillgänglighetsmålet 30 dagar men början av året visar ändå på en försiktigt ökad tillgänglighet. Verksamheten har också kunnat minska väntetiden till behandling sedan hösten. Köp av neuropsykiatriska utredningar (NP) har minskat väntetiden till utredning sedan hösten 2017.
- Vuxenpsykiatri uppnår inte tillgänglighetsmålet 90 dagar, ligger kvar på ungefär samma nivå som under hösten 2017 och antalet väntande till första besök har ökat något. För NP-utredningar har kön ökat trots att SkaS köpt många utredningar från externa vårdgivare samt att den egna produktionen ökat.
- Psykiatri inom SkaS arbetar aktivt för att genomföra de regionala psykiatriplanerna. Eftersom det har varit en stor svårighet att rekrytera vissa yrkesgrupper har implementeringen stundtals inte gått så fort som önskas men flertalet aktiviteter pågår, både inom BUP och VUP.

Kvalitet och patientsäkerhet

- Den största svårigheten avseende ökad kvalitet och patientsäkerhet återfinns när det gäller antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Därför har arbete med att åstadkomma vårdplatser i relation till behov intensifierats under början av 2018.
- När det gäller vårdrelaterade infektioner så har SkaS under flera års tid legat bra till i jämförelse med övriga regionen och riket. Under 2018 görs ytterligare satsningar för att minska dessa t.ex. när det gäller postoperativa sårinfektioner.

Övrigt

- Stort fokus har under årets första månader lagts på att informera om och utveckla nya arbetssätt för en trygg och säker utskrivning i enlighet den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

2.2 Hälso- och sjukvårdens produktion/konsumtion

Hälso- och sjukvårdens produktion

Den totala produktionsvolymen och produktionsersättningen efter mars överstiger budget. Volym och ersättning enligt brutet tak uppnås för perioden.

Antal besök inom öppenvården har ökat och antal vårdtillfällen inom slutenvården har minskat jämfört med första kvartalet 2017. En minskad slutenvård följer sjukhusets långsiktiga strategi med att utveckla öppna vårdformer som mobila team inom bland annat palliativ vård och psykiatri samt utökning av närsjukvård. Antal vårdplatser har varit färre än föregående år och belägningsgraden är högre än första kvartalet 2017.

Verksamhetsområden med utökade uppdrag via regional produktionsstyrning har producerat beställda volymer för besök men inte fullt ut inom operation/behandling. Måluppfyllelse för vårdgaranti uppnås inte för besök och behandling efter mars.

Under året har SkaS verksamheter utvecklat sitt arbete med produktions- och kapacitetsplanering. Vid kapacitetsbrist har åtgärder vidtagits, både på kort och lång sikt, till exempel utbildningsinsatser, köp av vård eller utjämning av produktion över tid. Produktions- och kapacitetsplanering införs strukturerat och standardiserat enligt en internt framtagen

modell i sju steg. SkaS verksamhetsområden har kommit olika långt i arbetet med att införa produktions- och kapacitetsplaner. Några enheter befinner sig i planerings- och införandefas medan andra enheter har en väl genomarbetad produktionsplan och kopplat den mot schemaläggning. SkaS har även etablerat en övergripande prioriteringsgrupp för operationsresurser Prio-Op. Genom arbetet har bland annat köerna för radikala prostatektomier uttraderats på fyra månader.

Produktivitet

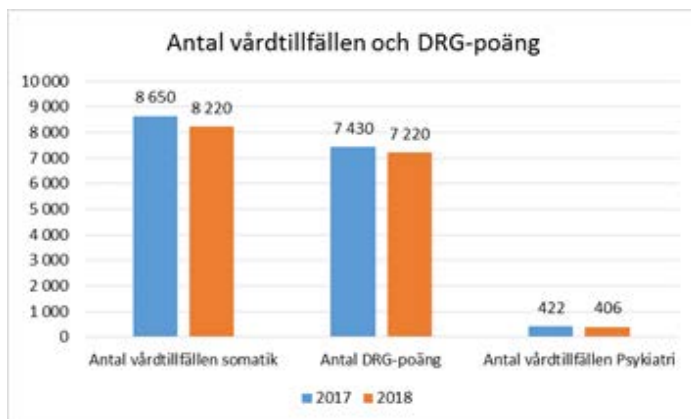
Utifrån utfallet för de regionalt framtagna produktivitetsindikatorerna har ingen större förändring skett för somatiken under första kvartalet. För antal behandlingar per läkare och antalet operationer per dag syns för mars månad en större negativ avvikelse som beror på eftersläp i den medicinska registreringen. Inom psykiatrin ses en fortsatt ökning av antalet vårdkontakter per nettoårsarbetare vilket visar att det förändringsarbete som pågår, och vars syfte bland annat är att överföra vård från slutna till öppna vårdformer, ger effekt.

De mått som är framtagna regionalt är svåra att använda för att styra och följa upp på enhets- och verksamhetsnivå. I verksamhetsplan för 2018 har respektive verksamhetsområde tagit fram ett eller ett par relevanta indikatorer för månadsvis uppföljning. Ett arbete har även startats upp av ekonomifunktionen för att följa produktionskostnaden per enhet och vårdtjänst. Tanken är att detta ska vara ett komplement till den traditionella budgetuppföljningen för att på ett tydligare sätt se kopplingen mellan ekonomi och produktion.

Slutenvård (somatik och psykiatri)

Antal utförda somatiska sjukhusvårdtillfällen uppgår till 8 220 vilket är en minskning med 5 procent (430) jämfört med 2017 men överstiger budget. Den totala DRG-poängen uppgår till 7 220 poäng, vilket är 3 procent över budget. Antal inskrivna patienter inom psykiatrisk slutenvård uppgår till 406 för perioden, vilket är en minskning med 4 procent jämfört med föregående år men i nivå med budget.

En delförklaring till minskat antal vårdtillfällen är att 230 färre inskrivningar till slutenvården skedde via SkaS akutmottagningar jämfört med första kvartalet 2017. En annan förklaring till minskat antal vårdtillfällen är att patienter i större utsträckning omhändertas i öppna vårdformer, till exempel via närsjukvård, palliativa team, mobila team inom barn- och vuxenpsykiatri samt omsorgscoordinatorer på akutmottagningen. Förändringen följer därmed den långsiktiga strategi SkaS har att utveckla och utöka möjligheten för patienter att omhändertas i öppna vårdformer. Även ökade möjligheter till digitala kontakter bidrar till en förskjutning från slutenvård till öppenvård.



Beläggning av slutenvårdsplatser

Antal disponibla vårdplatser inom somatisk vård har i snitt varit 10 färre per dag jämfört med första kvartalet 2017. I snitt är cirka 50 vårdplatser ofrivilligt stängda per dag kopplat till brist på sjuksköterskor. Under januari till mars har inflödet av svårt sjuka patienter varit högt, vilket inneburit att det varit upp till 25 vårdplatser per dag som bemannats med personal som i många fall gått in på övertid och där en stor andel av patienterna blivit utlokaliserade.

Flera avdelningar har under perioder haft en mycket hög beläggingsgrad, i vissa fall över 110 procent. En beläggingsgrad över 90 procent kan leda till ineffektivitet och försämrad logistik på en avdelning. En hög beläggingsgrad kan även medföra att operationer kan behöva strykas alternativt flyttas fram och försämrar därmed tillgängligheten. Ett förbättringsarbete har påbörjats för att minimera behovet av att öppna tillfälliga vårdplatser och kommer bland annat genomföra bemanning, uppgiftsväxling och förbättrade beslutsunderlag för att prognostisera behovet av vårdplatser.

Diagram nedan visar beläggingsgrad per avdelning och vecka kl 06 på morgonen inkluderat tillfälligt öppnade vårdplatser (beskrivna ovan).

Utfall per vecka 2018 - röd markering när beläggingsgrad överstiger 90 procent

Beläggning % kl 06	v 01	v 02	v 03	v 04	v 05	v 06	v 07	v 08	v 09	v 10	v 11	v 12
K2 Kir, Uro, palliativ	94%	98%	95%	93%	107%	103%	96%	93%	99%	98%	101%	99%
K3 Kvinnosjukv, Barn o ung	78%	65%	86%	81%	73%	75%	83%	75%	86%	74%	74%	80%
K4 Ortopedi	98%	81%	78%	80%	72%	80%	81%	75%	66%	77%	75%	78%
K5 Ögon, Öron o Käkkirurgi	97%	100%	100%	100%	94%	105%	98%	85%	97%	86%	98%	91%
M1 Medicin Skövde, Neuro	101%	96%	89%	99%	94%	98%	98%	97%	104%	96%	102%	103%
M2 Medicin, Sömn, Akuter	95%	91%	89%	98%	88%	93%	101%	98%	103%	101%	99%	100%
M3 Hud, Inf, Njur, Kardio	96%	95%	92%	97%	98%	98%	96%	98%	98%	98%	99%	95%
M4 Akuten S, Ambulansen	98%	88%	84%	89%	86%	90%	90%	87%	93%	80%	88%	91%
Beläggingsgrad Somatik	94%	88%	88%	92%	89%	92%	93%	90%	94%	90%	92%	93%

* Vid beräkning av beläggingsgrad ingår tillfälligt öppnade vårdplatser

Öppenvård (somatik och psykiatri)

Totalt antal utförda besök inom öppenvård uppgår till 118 600 besök (somatik, psykiatri, akutmottagning), vilket är en ökning med 1,6 procent jämfört med första kvartalet 2017. Denna ökning är i stort sett helt kopplad till psykiatri, som ökat med 2 000 besök. Utförda

besök på akutmottagning (Skövde + Lidköping) är oförändrat jämfört med första kvartalet 2017 och uppgår efter mars till 18 720 besök. Av dessa besök övergick 5 200 till ett slutenvårdstillfälle, vilket är 230 färre inskrivningar i slutenvården än första kvartalet 2017.

Av totalt antal utförda öppenvårdsbesök är cirka 18 000 (15 procent) planerade första besök. Under perioden har antal planerade första besök minskat med 970 (-5 procent) samtidigt som antal efterföljande besök ökat med 2 770 jämfört med 2017. Denna ökning är främst kopplad till psykiatri där VUP ökat 1 000 besök och BUP med 900 besök jämfört med samma period 2017 och hör samman med psykiatrisatsning och förändrade arbetssätt.

Förändring i antal planerade första besök är en faktor som direkt påverkar måluppfyllelse för vårdgaranti. Nuvarande kösituation kräver att antal första besök ökar med 5 procent för att balansera inkommande remisser och förbättra nuvarande tillgänglighet. Alla verksamheter som inte klarar vårdgaranti har en plan för att öka tillgängligheten till planerade första besök, antingen genom att öka den egna produktionen alternativt köpa mer vård via externa vårdgivare

Bild: Nedanstående diagram visar totalt antal utförda besök inom öppenvården fördelat på första besök, efterföljande besök samt besök på akutmottagning (Skövde och Lidköping)

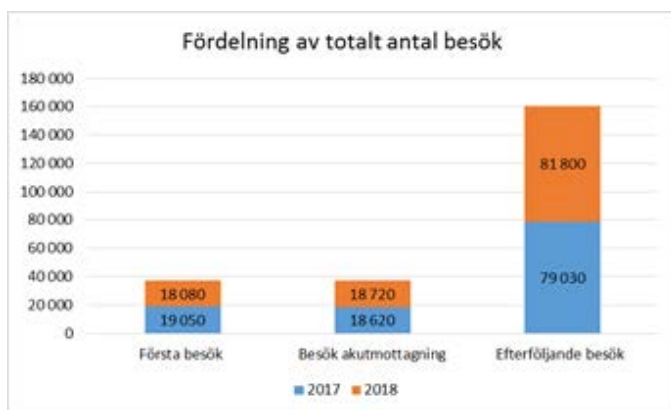
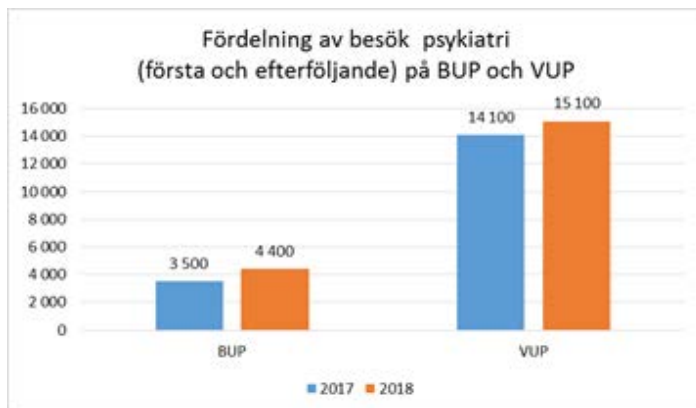


Bild: Nedanstående diagram visar antal första besök inom somatik och psykiatri (ej akuta) fördelat på läkare och övriga vårdgivare. fördelning av besök på VUP och BUP.



Bild: Nedanstående diagram visar totalt antal besök inom psykiatri (första besök och efterföljande besök) fördelat på BUP och VUP.



Uteblivna besök

Uteblivna besök är ytterligare en faktor som påverkar tillgängligheten. Oavsett om ett uteblivet besök är ett första besök eller efterföljande besök innebär de uteblivna besöken att resurser och mottagningstider inte kan användas optimalt. Flera mottagningar har varit framgångsrika och minskat antal uteblivna genom olika insatser, exempelvis logopedmottagningen som i sitt arbete med att minska antal uteblivna nu klarar vårdgaranti till besök. Däremot har ett flertal mottagning haft ökat antal uteblivna jämfört med första kvartalet 2017 vilket gör att totalt antal uteblivna besök efter mars är i nivå med föregående år och uppgår till drygt 5400 besök. Den förändring som kan ses är att återbud inom 24 timmar ökat till 1 070 patienter, vilket motsvarar en ökning på 18 procent medan patienter som uteblir utan att meddela återbud minskar. Besökstider som avbokas med kort varsel försöker respektive mottagning fylla med andra patienter genom att via telefon kontakta patienter som står i kö och erbjuda tid med kort varsel. De vanligaste orsakerna patienter anger för uteblivet besök är att kallelse inte kommit, att patienten fått jobb med kort varsel samt sjukdom.

Antal uteblivna följs månadsvis i verksamhetsplan och alla verksamheter har tagit fram eller håller på att ta fram åtgärdsplan för att minska antal uteblivna patienter. Exempel på åtgärder är införande av SMS-påminnelse och omvänd tidbokning där patienten själv återkommer med förslag på besökstid. Patienter uppmanas också att höra av sig i god tid om datum eller klockslag för besök eller behandling inte passar, så att annan patient hinner kallas.

Enligt framräknade genomsnittskostnader för besök där personal- och lokalkostnader ingår, motsvarade kostnaden för uteblivna besök på helår 2017 cirka 50 miljoner kronor. Det innebär att om inga uteblivande funnits skulle ytterligare vård kunnat genomföras motsvaranden detta belopp.

	2017 jan-mars	2018 jan-mars	Förändring 2018-2017	%
Uteblivna	4 480	4 370	-110	-2%
Återbud < 24 timmar	910	1 070	160	18%
Antal uteblivna besök	5 390	5 440	50	1%
Andel uteblivna	5,5%	5,3%		

Medicinska vårdtjänster

Bild- och funktionsmedicin (BFM)

Under januari till februari 2018 har 24 000 undersökningar utförts inom BFM, vilket är en ökning med 4 procent jämfört med samma period 2017. Remissinflödet (en remiss kan innehålla flera undersökningar) ökar och för 2018 förväntas produktionen behöva öka 2-3 procent för att balansera inkommande remisser. Remissinflöde visar att andel sjukhusremisser ökar samtidigt som primärvårdens andel minskar. Det är framförallt resurskrävande undersökningar som DT-, MR- och scintundersökningar som ökar i samband med nya medicinska riktlinjer och införande av standardiserade vårdförlopp (SVF). Undersökningar med en medicinsk prioritering på 0-7 dagar utgör cirka 50 procent av den totala produktionen (akuta, subakuta, ineliggande och SVF).

Operation

Precis som under stora delar av 2017 har operationsverksamheten under första kvartalet 2018 haft problem med bemanningen av specialistsjuksköterskor (både anesthesi- och operationssjuksköterskor). Bemanningsproblematiken ger att den erbjudna salstiden inte motsvarar den efterfrågan som finns hos opererande verksamheter. Ett arbete är påbörjat, Prio-op, tillsammans med opererande specialiteter för att omfördela operationskapaciteten till bästa möjliga patientnytta. Planering finns för att omfördela utrymme i första hand till akut- och cancerkirurgi och därefter till övrig elektiv kirurgi. Alla verksamheter har klassificerat sina elektiva operationer för att därefter omfördela operationsutrymme. Genom prioriteringsordningen som fastställts i gruppen är kön till radikala prostatektomier uttraderad från att ha legat på 6 månaders väntetid i november.

Under januari till mars genomfördes totalt 4 270 operationer (exklusive ögonoperationer) vilket är en minskning med 110 operationer (3 procent) jämfört med första kvartalet 2017. Av dessa var 1 370 akuta operationer. Minskningen står framförallt elektiva slutenvårdsoperationer för.

Regional produktionsstyrning – Basvolym och tilläggsuppdrag

Beslut om regional produktionsstyrning togs av Regionstyrelsen i december 2013. Beslutet innebär en regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosgrupper för att öka kvaliteten och förbättra tillgängligheten för invånarna i Västra Götaland. SkaS har under 2018 ett utökat uppdrag enligt nedanstående tabell.

Utfall av basvolym och tilläggsuppdrag för första besök motsvarar eller överstiger planerade volymer efter mars, förutom för ortopedi och hud. Prognos 2018 visar att alla basvolym och tilläggsuppdrag produceras inom första besök. Utfall för basvolym och tilläggsuppdrag inom operation/behandling har inte kunna produceras fullt efter mars och beror framförallt på minskat operationsutrymme och vårdplatsbrist.

För mer information kring tillgänglighet, väntetider och remissinflöde se avsnitt 3.1

Första besök	Ack Planerad produktion	Ack Utförd produktion	Avv mot plan	avv mot plan %	Tilläggs- uppdrag 2018	Uppdrag Basvolym + Tillägg 2018
Ortopedi	1 900	1 670	-230	-12%	1050	6 450
Ögon	1 650	1 690	40	2%		6 700
Kirurgi	1 020	1 080	60	6%		3 750
Urologi	560	650	90	16%	200	2 000
Hud	1 640	1 430	-210	-13%	1100	6 600
Gynekologi	1 320	1 750	430	33%	1000	5 500
ÖNH	1 450	1 540	90	6%	800	5 900
Koloskopi	890	940	50	6%	658	3 563
Summa	10 430	10 750	320	3%	4 808	40 463

Behandling	Ack Planerad produktion	Ack Utförd produktion	Avv mot plan	avv mot plan %	Tilläggs- uppdrag 2018	Uppdrag Basvolym + Tillägg 2018
Ledprotes	220	160	-60	-27%	250	850
Ortopedi rygg	60	10	-50	-83%	100	220
Ortopedi övrig	700	550	-150	-21%	300	2 500
Katarakt	560	550	-10	-2%		2 200
Ögon övrig	70	70	0	0%		250
Allmänkirurgi	690	670	-20	-3%	50	2 450
Urologi	280	270	-10	-4%		1 100
Gynekologi	300	290	-10	-3%		1 150
ÖNH	240	260	20	8%		900
Obesitas	70	70	0	0%	290	290
Summa	3 190	2 900	-290	-9%	990	11 910

3 Mål och fokusområden

3.1 En sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt som alltid utgår ifrån den enskilda personens behov och erfarenheter

3.1.1 Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Andel vårdgarantipatienter som väntat högst 30 dagar till första besök är 49 procent.

Fortsatt stort antal uteblivanden som ökat under första kvartalet. Hög personalomsättning och därmed behov av introduktion vilket påverkar kapaciteten för produktionen. Verksamheten saknar fortsatt vissa kompetenser vilket påverkar tillgängligheten negativt. Fortsatt stort behov av stora utbildningsinsatser som påverkar kapaciteten för produktionen negativt men som är helt nödvändig för att arbeta strategiskt och säkra upp att verksamheten kan arbeta enligt framtagna regional medicinska riktlinjer. Produktion och kapacitetsplanering ej genomförd i hela verksamheten ännu.

Måluppfyllelsen till första besök uppfylls inte men början av året visar ändå på en försiktig ökad tillgänglighet. Verksamheten har också kunnat sänka tid i väntan till behandling sedan i höstas. Köp av NP-utredningar har minskat tid till utredning sedan hösten 2017.

Tillgänglighetssamordnare är tillsatt för att handlägga frågor kring vårdgarantin och kontakter med externa vårdgivare för köp av vård. Sena uteblivanden påverkar också tillgängligheten negativt och det är ungefär hälften av alla uteblivanden som är sena uteblivanden. SMS-påminnelser används. Övriga återbud tillsätts så långt det går med nya patienter.

Anorexi och bulimimottagningen

Andel vårdgarantipatienter som väntat högst 90 dagar till första besök är 100 procent.

Vuxenpsykiatri (VUP)

Trots en ökad öppenvårdsproduktion har måluppfyllelsen för vårdgarantin läkarbesök försämrats jämfört med föregående år. Måluppfyllelse 90 dagar ligger i nivå med höstens på cirka 70 procent. Med nuvarande bemanning ska måluppfyllelsen förbättras under året.

För neuropsykiatriska utredningar har kön ökat senaste året trots att det köpts 70 utredningar från externa vårdgivare och att den egna produktionen har ökat. För ett år sen var den totala kön 163 och nu är den 241. Under första kvartalet har det köpts 13 utredningar och det finns en plan på 20. Det finns ingen plan på att köpa fler utredningar då finansiering för detta saknas.

Med nytt arbetssättet från 1 februari med scheman i ELVIS där sekreterarna bokar in besöken för vårdgivaren ska produktionen öka och köerna minska. Ett annat mål är att minska antalet uteblivanden. En arbetsgrupp är tillsatt som ska komma med åtgärdsförslag i slutet på april.

Om verksamheten lyckas med rekrytering, att minska personalomsättningen och att genomföra produktion- och kapacitetsplanering enligt plan borde tillgängligheten förbättras

markant, både för BUP och VUP. Detta är ett långsiktigt arbete och analysen är att alla delar inte kommer att kunna genomföras helt under 2018.

3.1.1.1 Förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri

- Verksamheten fortsätter att köpa neuropsykiatriska utredningar och har kunnat erbjuda köpt utredning till patienter som stått länge i kö. Trots köp av utredningar så är verksamheten inte i mål för vårdgarantin på 30 dagar. Fortsätter att erbjuda köp av vissa behandlingar då vårdgarantin inte nås. PÅGÅR
- Rekryteringsarbete av svårrekryterade yrkeskategorier är prioriterat och pågår. Pågående process med två olika bolag för utlandsrekrytering av läkare. Verksamheten har även anställt underläkare på tidsbegränsat vikariat. En psykolog är rekryterad och flera psykologstuderande har hört av sig för praktiktjänstgöring. En verksamhetspsykolog är rekryterad som är behjälplig i rekryteringsarbete. PÅGÅR
- Förnyat arbetssätt för att förkorta tiden för neuropsykiatriska utredningar införs. PÅGÅR
- Regelbunden inventering av väntande i kö. PÅGÅR
- Förbättringsarbete för att screena och prioritera barn- och unga via telefonintervju med föräldrar pågår. Syftar till att fånga mer träffsäkerhet kring vårdnivå och att kunna erbjuda tid direkt i telefonen. Bidrar även till att minska antalet uteblivanden. PÅGÅR
- Regelbunden samverkan/samarbete med första linjen för att säkerställa vård på rätt nivå. PÅGÅR

3.1.1.2 Genomförandet av de regionala psykiatriplanerna

Barn- och ungdomspsykiatri

- Implementering av åtta nya regionala medicinska riktlinjer. KLART
- Kompetensutvecklingsplan för samtlig personal inom BUP. KLART
- Gemensam regional rutin för vårdövergången mellan BUP/VUP och omhändertagandet runt 18-årsålder. PLANERAS
- SkaS rutin för vårdövergången mellan BUP/VUP och omhändertagandet runt 18-årsålder. PÅGÅR
- Skapa struktur för robusta och hållbara mottagningar/enheter. Innebär översyn av nuvarande struktur för öppenvården, utveckling av mellanvård och mobila insatser. PÅBÖRJAT
- Kompetensförsörjningsplan skall tas fram för att klara framtida vårdbehov och skapa ett oberoende av hyrpersonal. PÅGÅR
- Öka antalet barn- och ungdomspsykiatrier, sjuksköterskor, psykologer samt tillgodose tillgången till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist
Syfte: för att kunna förverkliga regionala medicinska riktlinjer. PÅGÅR
- Brukar- och närståendemedverkan. PÅGÅR
- HBTQ-certifiering av verksamheten. PLANERAS
- E-hälsa och digitalisering. PÅGÅR
- Tillgänglighet på 1177.se. KLART

Vuxenpsykiatri

- Delaktigheten och hur patienten upplever sin vård mäts genom att patienten svarar på ett antal digitaliserade frågor vid utskrivning från vårdavdelning. PÅGÅR
- Öppenvårdsmottagningarna arbetar med att hitta en liknande form som ovanstående. PLANERAD
- All personal inom heldygnsvården har genomgått bemötandeutbildning. KLAR
- All personal inom både heldygns- och öppenvård psykiatri har genomgått MI-utbildning samt suicidprevention. KLAR
- Utökning av mellanvårdsteam utifrån patienter med beroendeproblematik. PÅGÅR
- Utökning av mellanvårdsteam utifrån patienter med affektiv sjukdom. PÅGÅR
- Mobila team möter patienterna i större utsträckning än tidigare i sin hemmiljö. PÅGÅR
- Mobilt team startas upp för att arbeta kvällar och helger för att kunna hjälpa patienterna genom öppenvården och på så vis undvika inläggning i heldygnsvård. PLANERAD
- Bedömningsbil med psykiatrisk kompetens för akuta insatser/bedömningar. PLANERAS
- Både heldygnsvården och öppenvården arbetar aktivt för att involvera patientens nätverk, såväl professionella som anhöriga. PÅGÅR

Psykiatri inom SkaS arbetar aktivt för att genomföra de regionala psykiatriplanerna. Då vissa kompetenser saknas har implementeringen inte gått helt enligt plan. Ett annat hinder i utvecklingen är att öppenvårdsmottagningarna vuxit ur sina lokaler, frågan ingår i sjukhusövergripande arbete kring lokalförsörjning.

3.1.1.3 Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa

- "Specialist direkt", primärvårdens läkare kan ringa till specialistläkare inom vuxenpsykiatri för rådgivning. PÅGÅR
- Mellanvårdsteam för beroendepatienter, riktat arbete för rätt vård så snabbt som möjligt för att förhindra att patienten hamnar i ett destruktivt beroende. PÅGÅR
- Till hösten kommer vuxenpsykiatri i samarbete med ambulansverksamheten att starta upp en s.k. prehospital psykiatrisk resurs (PPR). Resursen är en personbil bemannad av ambulanssjuksköterska samt psykiatrisjuksköterska tillgänglig jourtid. Uppdraget innebär att bedöma, hänvisa samt i förekommande fall behandla personer med psykisk ohälsa, samt att även utgöra en akutresurs för s.k. IVPA-uppdrag (i väntan på ambulansen). PPR är ett arbetssätt som införts i Göteborg. Liknande resurs finns även i Stockholm. Huvudsyftet är att förbättra tillgängligheten till psykiatrisk kompetens jourtid. PLANERAD
- Gemensam utbildningsinsats genomförd gällande ansvarsfördelningen mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) enligt ny regional medicinsk riktlinje. KLAR
- Samverkan med Guldvingens vårdcentral med förstärkning i första linjen samt rutiner för konsultation/rådgivning "BUP-direkt". KLAR

- Samverkan med Oden vårdcentral med förstärkning i första linjen för barn och ungas psykiska hälsa i Skaraborg. PLANERAD
- Arbetar för att öka tillgängligheten för alla vårdcentraler i Skaraborg för rådgivning hos BUP. Utförs enligt plan utifrån initiativ från BUP:s enhetschefer med inbjudan till samverkansmöten. PÅGÅR.
- Medverkan i vårdsamverkan barn- och unga, Skaraborg. PÅGÅR

3.1.2 Sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras

Måluppfyllelse för vårdgaranti uppnås inte för besök och behandling efter mars. Åtgärder har genomförts under perioden och planeras fortsatt inom respektive verksamhetsområde för att öka produktionen, förbättra tillgängligheten och minska antalet väntande patienter. Prognos för Skaraborgs Sjukhus är att måluppfyllelse till första besök uppnås i december 2018 medan prognos för behandling är osäker på grund av brist på operationsutrymme och vårdplatser. Se planerade och pågående åtgärder under kapitel 3.1.2.1

Tillgänglighet till första besök och behandling/operation

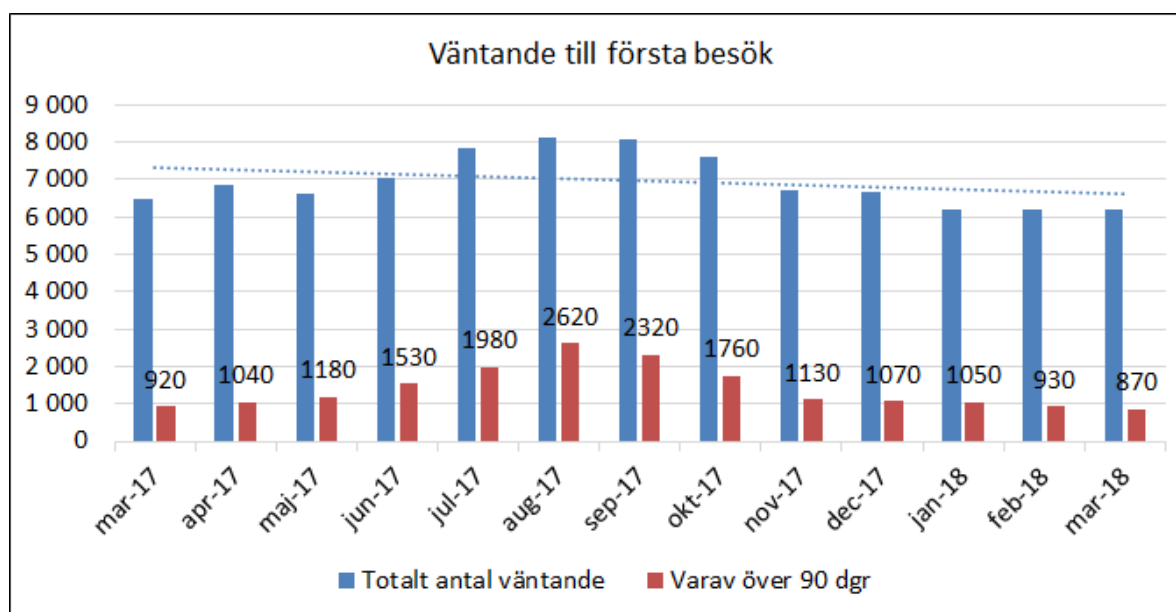
Antal väntande till första besök uppgår efter mars till 6 180 patienter varav 870 patienter har väntat mer än 90 dagar vilket är en minskning med 320 patienter jämfört med mars 2017.

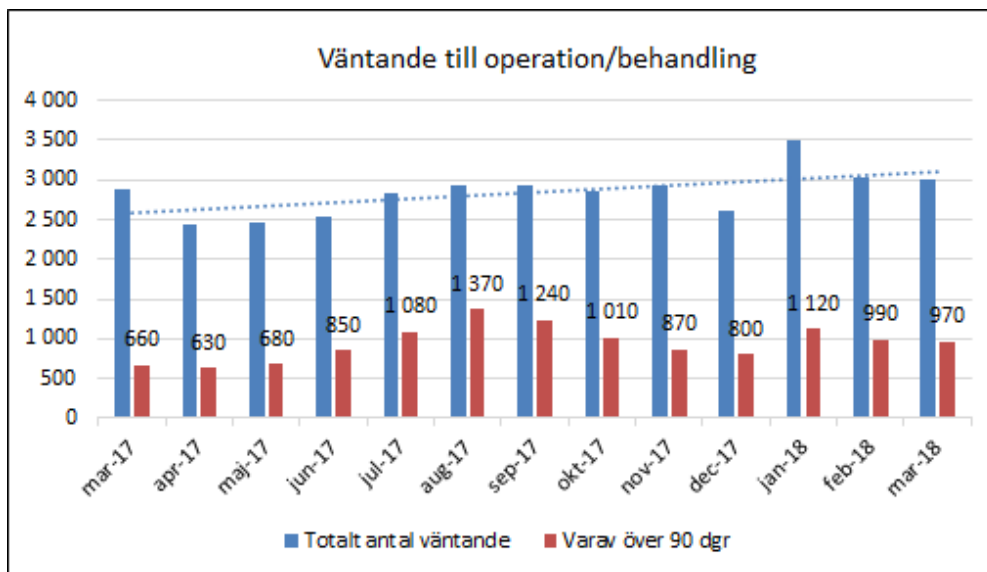
Måluppfyllelsen uppgår till 89 procent, vilket är i nivå med samma period 2017. Antal

väntande till operation/behandling uppgår efter mars till 3 000 patienter varav 970 patienter väntat mer än 90 dagar vilket är en ökning med 250 patienter jämfört med mars 2017.

Måluppfyllelsen uppgår till 70 procent, vilket är lägre än samma period 2017. Detta förklaras främst av minskat operationsutrymme och brist på vårdplatser.

Nedanstående diagram visar förändring av måluppfyllelse de senaste 13 månaderna.





Tillgänglighet för patienter med misstänkt cancer

Cancergarantin innebär att patienten, vid välgrundad misstanke om cancer, ska erbjudas läkarbesök inom 14 kalenderdagar från ankomstdagen för remissen. För att säkerställa ledtider för patienter med misstanke om cancer har SkaS infört standardiserade vårdförlopp (SVF). Syftet med SVF är att förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till diagnos och start av första behandling. Målet är att 80 procent av alla vårdförlopp ska klara fastställda ledtider.

Totalt 28 olika standardiserade vårdförlopp har införts på SkaS. Data för beräkning av ledtider för de införda standardiserade vårdförloppen befinner sig fortfarande i ett etableringsskede, vilket kan påverka kvaliteten i rapporterade värden. Från och med januari 2017 har 3 280 enskilda vårdförlopp startats och avslutats på SkaS och av dessa har 990 gått vidare till behandling (kirurgi, läkemedel, palliativ, övrig behandling). I genomsnitt klarade 50 procent av vårdförloppen ledtiden till behandlingsstart. Målet är att 80 procent av alla vårdförlopp ska klara fastställda ledtider. Alla vårdförlopp har olika ledtider, vilket tagits hänsyn till vid genomsnittsberäkning.

Nedanstående tabell visar de största vårdförloppen inom SkaS samt hur många förlopp som gått vidare till en behandling inom respektive förlopp. En behandling är inte det samma som en cancerdiagnos utan kan t.ex. vara en operation för att kunna fastställa diagnos.

	Antal startade vårdförlopp	Antal som gått till behandling
Urinblåsa och urinvägar	750	60
Prostatacancer	650	200
Bröstcancer	480	260
Tjock- och ändtarmscancer	400	80
Huvud- halscancer	200	2
Hudmelanom	170	85

Tillgänglighet på akutmottagning

Andelen besök där total vistelsetid (TVT) är mindre än 4 timmar på akutmottagningen förbättrades under hösten 2017 men har under årets tre första månader försämrats och uppgår efter mars till 70 procent. En förklaring till längre ledtider är hög beläggningsgrad inom slutenvården. För att uppnå en god tillgänglighet arbetar akutmottagningarna utifrån regionens operativa modell för akutflöden, t.ex. "stream team", förenklad triage och planstyrt arbetssätt. Akutvårdssatsningen har de första månaderna 2018 haft fokus på rekrytering av ST-läkare till akutläkarlinjen samt genomfört workshops för all personal anställd på akutmottagningen och primärjourer från de stora klinikerna för att lägga en gemensam grund inför fortsatt förbättringsarbete.

Tillgänglighet på Bild- och funktionsmedicin (BFM)

Tillgängligheten till undersökning inom BFM påverkas dels av ett ökat remissinflöde och dels av införandet av SVF, som i regel kräver resurskrävande undersökningar samtidigt som det ställs krav på korta ledtider.

Andelen patienter som har fått sin undersökning/behandling samt svar inom sin prioriteringstid (TGT) är i genomsnitt 50 %. En förklaring till den låga måluppfyllelsen är brist på erfarna radiologer och röntgensjuksköterskor och brist på MR-utrustning. Då fler undersökningar blir högre prioriterade ökar kravet på korta ledtider. BFM köper granskningskapacitet via externt företag för att förbättra utfallet.

När det gäller MR-undersökningar har man lyckats förbättra tillgängligheten genom arbete med tidsmallar för att få till en bra kapacitetsplanering och genom köpta undersökningar av extern vårdgivare. Arbete pågår för ökade möjligheter till Drop-In avseende skelett-och lungröntgenundersökning, bland annat kommer en turné till vårdcentraler att starta för att informera om drop in-verksamheten.

Remissinflöde

En förändring av remissinflöde påverkar både tillgänglighet och resursbehov. Totalt antal inkomna remisser för bedömning har minskat med 5 procent jämfört med januari till mars 2017. De accepterade remisserna (de som inte skickas tillbaka till remittent eller till annan vårdgivare) har för perioden minskat med 1 procent jämfört med 2017. Störst påverkan på remissinflödet har införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) för patienter med välgrundad misstanke om cancer. Under 2017 ökade antalet remisser kraftigt till följd av SVF men har nu inom de flesta specialiteter planat ut, däremot är remissökningen fortsatt hög inom framförallt urologi med 16 procents ökning av accepterade remisser jämfört med januari till mars 2017.

Vissa remisser skickas efter bedömning tillbaka till remittent utan att besök bokas in och vissa remisser skickas till annan vårdgivare på grund av långa väntetider. Remisser som skickas till annan vårdgivare har ökat med 114 procent (751 st). Ortopedi och ögon är de verksamheter som skickar flest patienter i vårdgarantin.

Efterföljande besök

Efter december väntande 50 670 patienter på ett efterföljande besök varav 14 660 (29 procent) hade väntat längre än planerat återbesöksdatum.

Måluppfyllelsen till efterföljande besök är ett viktigt mått att följa då efterföljande besök står för 81 procent av den totala produktionsvolymen inom öppenvården. Dessa patienter har fått en medicinsk bedömning vid ett första besök, akut besök eller vid ett slutenvårdstillfälle att ha behov av efterföljande besök inom öppenvården. Från och med 2018 följs måluppfyllelsen till efterföljande besök i SkaS verksamhetsplan på samma sätt som väntande till första besök.

3.1.2.1 Uppfylla vårdgarantin

Produktionsvolymerna inom öppenvården har fortsatt att öka men trots detta uppnås inte vårdgarantins krav om tillgänglighet inom 90 dagar. En förklaring är att inflödet av inkommande remiser också har ökat och att efterföljande besök, som utgör den större delen av besöken på sjukhuset, har ökat. Fortsatt svårt bemanningsläge för specialistsjuksköterskor inom Anestesi/Operation/IVA påverkar operationskapaciteten och har inneburit reducerat operationsutrymme och därmed bidrar till att vårdgaranti till besök och behandling/operation inte kan uppnås. En annan bidragande orsak är bristen på slutenvårdsplatser.

Inom flera områden krävs fortsatta åtgärder i form av rekrytering inom specialistkompetenser, förbättrad och utökad produktions- och kapacitetsplanering, kökortningsinsatser i form av utökad mottagningsverksamhet, köp av vård från externa vårdgivare samt fortsatt köp av tjänster från bemanningsföretag. För att förbättra tillgängligheten till operation har även initiativ tagits för elektiva operationer på lördagar i Falköping.

Många aktiviteter pågår i verksamheten för att förbättra tillgängligheten parallellt med arbetet att rekrytera nya medarbetare, nedan redovisas några av dessa.

- Produktions- och kapacitetsplanering. En modell i sju steg finns framtagen för att stödja verksamheten vid implementering av produktions- och kapacitetsplanering. En sjukhusövergripande expertgrupp för produktions- och kapacitetsplanering ger metodstöd till verksamheten. Utbildning har genomförts för verksamhetsledningar och chefsstöd (ekonomi, HR, verksamhetsutvecklare). Flera verksamheter tar nu nästa steg i planeringen genom att koppla läkarschemat till produktionsplanens aktiviteter samt införa vecko- eller månadsvisa strukturerade beslutsmöten för att tydligare styra produktionsplaneringen. PÅGÅR
- Operationsverksamheten har på grund av rekryteringssvårigheter haft reducerad verksamhet under året. Verksamheten har vidtagit åtgärder som extra arbetspass för ordinarie personal, övertid samt köp av tjänster från bemanningsföretag. En ny arbetstidsmodell har implementerats under hösten 2017 och innebär bemanning med två pass med 6 timmars arbetsdag vid två av operationssalarna. Det förändrade arbetssättet ska medföra utökad tillgängligt operationsutrymme och utvärdering kommer ske ett år efter projektstart. PÅGÅR
- Förbättringsarbete är påbörjat inom operationsverksamheten tillsammans med opererande specialiteter för att omfördela operationskapaciteten till bästa möjliga patientnytta. Planering finns för att omfördela utrymme i första hand till akut- och cancerkirurgi och därefter till övrig elektiv kirurgi. Alla verksamheter har klassificerat sina elektiva operationer för att därefter omfördela operationsutrymme. PÅGÅR

- Inom den vuxenpsykiatriska verksamheten har tillgängligheten förbättrats i takt med att rekrytering har skett av läkare och psykologer. Ett flertal aktiviteter pågår inom både vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri för att förbättra tillgängligheten. PÅGÅR
- Kirurgiska operationer för patienter som väntat eller riskerar att vänta mer än vårdgarantins 90 dagar köps från Carlanderska sjukhuset och från GHP i Stockholm. PÅGÅR
- Den urologiska verksamheten har under året tagit hjälp av bemanningsföretag. Även kökörtningssinsatser kvällstid under vår och höst. Utöver detta har remisser skickats vidare till bland annat Capio Örebro och Carlanderska för besök och behandling. PÅGÅR
- Vissa urologiska operationer har kunna överföras från centraloperation till mottagning samt att vissa ingrepp görs på centraloperation men med personal från urologen. PÅGÅR
- Den ortopediska verksamheten har under året tagit hjälp av bemanningsföretag och även genomfört kökörtningssinsats med extra mottagningspass. Utöver detta har ortopederna under året köpt vård hos externa vårdgivare för besök och behandling både via regionala volymavtal och via andra landstings avtal. PÅGÅR.
- Ortopeden har också vid ett par tillfällen, med egen ortopedkirurg, kunnat operera patienter från SkaS väntelista på Frölunda Specialistsjukhus där det under föreligger en viss överkapacitet på operation. Planeras även under sommaren. PÅGÅR
- Öron-, näs-, halsverksamheten (ÖNH) har förbättrat tillgängligheten för förstabesök till läkare inom 90 dagar genom att framgångsrikt koppla samman produktionsplanering och schemaläggning. KLAR
- Problem kvarstår för den operativa ÖNH-verksamheten. Arbete pågår för att utöka antal operationer i Lidköping och under året har ÖNH-verksamheten köpt behandlingar hos Capio Örebro, Capio Stockholm samt Carlanderska. PÅGÅR
- Försök med nytt arbetssätt där patienter tas direkt till ögonoperation på remiss för såväl mottagningsbesök som operation samma dag. KLAR
- Logopediverksamheten har minskat antalet uteblivna besök genom att införa webbtidbokning och har därmed skapat utrymme för fler besök och minskat väntetiderna. KLART
- Ökande antal remisser för gastrokopier samt koloskopier, främst kopplat till standardiserade vårdförlopp (SVF). Koloskopier skickas till Carlanderska för att förbättra tillgängligheten. Samarbete planeras med kirurgen kring gastrokopier. Förslag på riktlinjer för gastroremisser från primärvården har utarbetats. PÅGÅR
- Ett arbete har påbörjats för att på bästa sätt använda SkaS samlade resurser inom skopiverksamheten och hitta nya och förbättrade samarbetsformer mellan medicin och kirurgi. PÅGÅR
- Inom den radiologiska verksamheten skickas patienter för MR- och ultraljudsundersökning till externa leverantörer. Verksamheten anlitar även extern part för granskning. Uppföljning av granskningskön sker regelbundet och undersökningar äldre än 48 timmar skickas till extern part för definitivsignering. PÅGÅR

3.1.2.2 Förstärka primärvården och den nära vården

Hälso- och sjukvårdens omställning i regionen sker med utgångspunkt från fyra övergripande områden: utveckla den nära vården, koncentrera vård för högre kvalitet och tillgänglighet, utveckla digitala vårdformer och tjänster och att sätta fokus på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

- För att hålla ihop omställningsarbetet på SkaS har en organisation för detta tagits fram. I detta arbete är målsättningen kring ett sammanhållet vårdsystem prioriterat. PÅGÅR
- Vårdsamverkan Skaraborg har under 2017 haft pågående aktiviteter för implementering av insatser kopplade till Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Arbetet fortskrider under 2018, organisation i samverkan skapad för ändamålet. Gemensamma utbildningsinsatser över vårdgivargränser har genomförts och planeras. PÅGÅR
- Skaraborgs Sjukhus arbetar systematiskt med att stödja utvecklingen av personcentrerad och hälsofrämjande vård, vilket är en väsentlig faktor för att stödja patienters kunskap och egenkraft. PÅGÅR
- Utveckling av närsjukvårdscentrum i norra Skaraborg, pågående aktiviteter är: Samarbete kring barn och unga med psykisk ohälsa. Utveckling av vårdmöten via digital teknik. Dagsjukvård under utveckling i nära samverkan med primärvård. PÅGÅR
- Ambulanssjukvården utför insatser via bedömningsbil och vård på plats i utökad omfattning. PÅGÅR
- Ökad dialog kring utskrivningsklara patienter sker genom möten två gånger i månaden med samtliga kommuner i Skaraborg, primärvården planeras delta i dessa dialogmöten. PÅGÅR

3.1.2.3 Förbättra akutvårdskedjan

Ambulansstillgänglighet

SkaS uppnår inte målet att 90 procent av prio 1 uppdragen är på plats inom 20 minuter. Utfallet under det första kvartalet är cirka 74 procent. Årets första månader visar på en försämrad tillgänglighet, vilket kan vara en slumpmässig nedgång. Längre mätperiod behövs innan analys kan göras av variationen.

- Översyn av driftstider samt placering av akutambulanser. PÅGÅR
- Konsekvenser av nya traumariktlinjer. PÅGÅR

Till hösten kommer vuxenpsykiatri i samarbete med ambulansverksamheten att starta upp en s.k. prehospital psykiatrisk resurs (PPR). Resursen är en personbil bemannad av ambulanssjuksköterska samt psykiatrisjuksköterska tillgänglig jourtid. Uppdraget innebär att bedöma, hänvisa samt i förekommande fall behandla personer med psykisk ohälsa, samt att även utgöra en akutresurs för s.k. IVPA-uppdrag (i väntan på ambulans). PPR är ett arbetssätt som införts i Göteborg. Liknande resurs finns även i Stockholm. Huvudsyftet är att förbättra tillgängligheten till psykiatrisk kompetens jourtid.

Tillgänglighet på akutmottagning

SkaS uppnår inte målet att 90 procent av patienterna har en total vistelsetid på högst fyra timmar. Utfall per mars 70,5 procent och ett försämrat resultat de första månaderna 2018. Troligtvis är detta en konsekvens av hög belägningsgrad på slutenvårdsavdelningarnas vårdplatser samt förlängda "hämttider" till akutvårdsavdelningarna.

- Akutvårdssatsningen har de första månaderna 2018 haft fokus på rekrytering av ST-läkare till akutläkarlinjen. PÅGÅR
- Workshops är genomfört för all personal anställd vid akutmottagningen och primärjourer från de stora klinikerna för att lägga en gemensam grund inför fortsatt förbättringsarbete. KLAR
- I Lidköping pågår kartläggning för att få fram ett bättre underlag hur ledtiderna påverkas. Teamarbete, introduktion av nya medarbetare, koordinering med röntgen, lab och vårdavdelningar är några utvecklingsområden som har identifierats. PÅGÅR
- Jourcentralen för Västra Skaraborg kommer under första halvåret att flytta sin verksamhet från Ågårdskogens vårdcentral till sjukhusområdet på SkaS Lidköping med syfte att underlätta både för patienter och för samarbetet mellan akutmottagning och vårdcentral. PLANERAD

3.1.2.4 Utveckla digitala vårdformer och tjänster

Att utveckla digitala vårdformer och tjänster ingår i regionens och SkaS omställningsarbete för en mer effektiv vård. Pågående aktiviteter:

- utrusta och utbilda avdelningar och mottagningar så de kan möta behovet kopplat till rutinen för trygg och säker in- och utskrivning PÅGÅR
- på motsvarande sätt ge förutsättning till digitala vårdmöten mellan enheter på SkaS, mellan SkaS och primärvård, mellan SkaS och kommuner. PÅGÅR
- delta i arbetet kring digitala vårdtjänster som KOL-processen, IBD-processen. PÅGÅR
- en grupp har bildats dit verksamheten kan vända sig för att få råd och stöd om hur de kan utveckla de idéer och interna förslag som identifieras. PÅGÅR
- denna grupp ska även omhänderta regionala projekt som bland annat kommer via digitaliseringsgruppen PÅGÅR
- utveckla digitala tjänster inom uppdraget Nära Vård i Norra Skaraborg PÅGÅR

3.1.3 Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

Skaraborgs Sjukhus arbetar aktivt för att öka vårdens kvalitet och den organisatoriska effektiviteten. Målet att öka dessa under 2018 kommer förhoppningsvis att uppnås.

De största svårigheterna återfinns när det gäller att minska antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter. Därför har arbetet med att åstadkomma vårdplatser i relation till behov intensifierats under början av 2018. Redovisas under punkt 3.1.3.2.

När det gäller vårdrelaterade infektioner så har SkaS under flera års tid legat bra till i

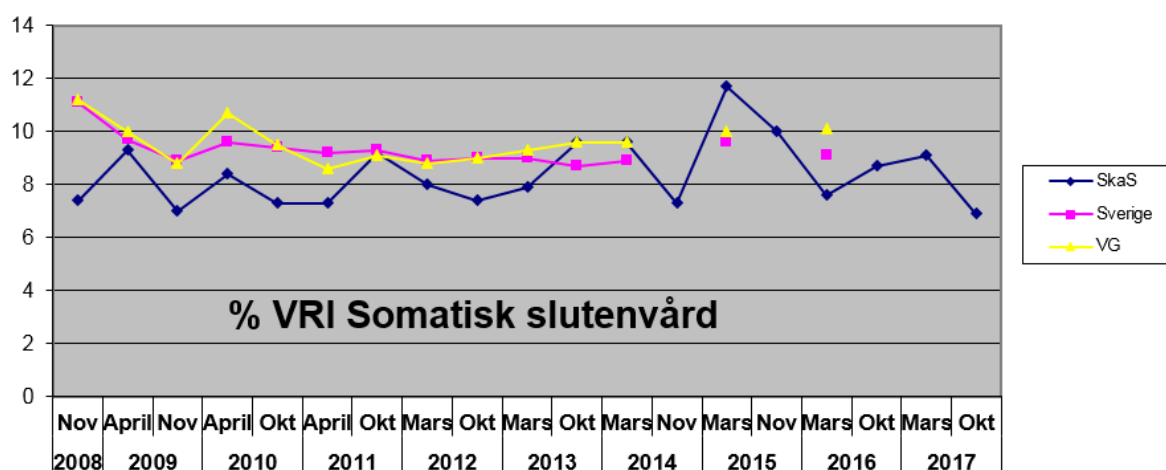
jämförelse med övriga regionen och riket. Under 2018 kommer vi att göra ytterligare satsningar för att minska dessa t.ex. postoperativa sårinfektioner.

3.1.3.1 Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner

Skaraborgs Sjukhus patientsäkerhetsarbete utgår från den regionala patientsäkerhetsplanen och riktlinjer för patientsäkerhet 2018. Under 2018 ska följande aktiviteter genomföras:

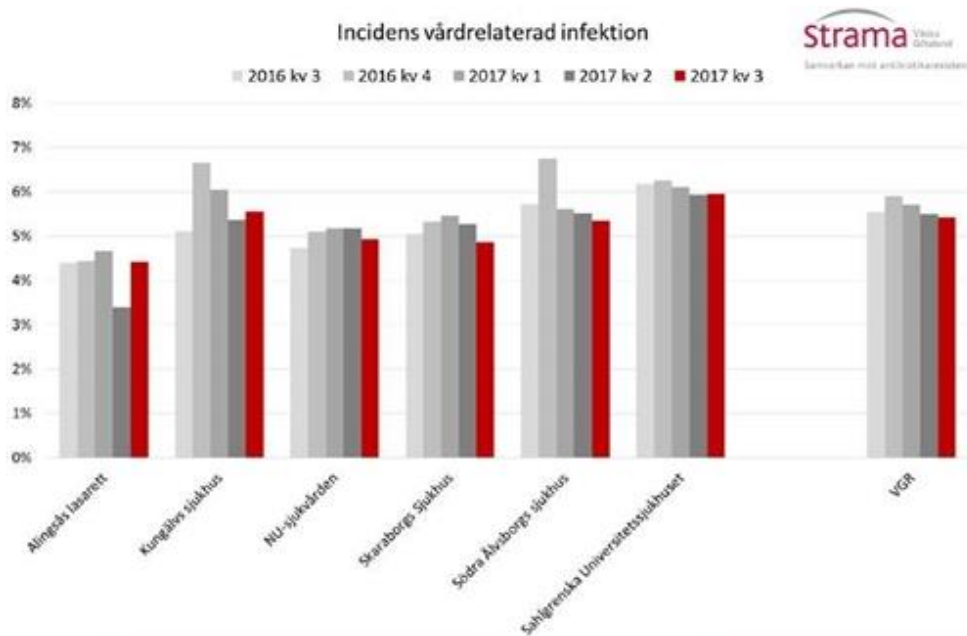
- Förbättra det systematiska arbetet för hantering av synpunkter/klagomål från patienter och närstående. PÅGÅR
- Öka patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbetet bland annat genom att börja använda informationsbladet ”Din säkerhet på sjukhus” och använda patienters upplevelser som diskussionsunderlag i patientsäkerhetsarbetet. PÅGÅR
- Etablera ”antibiotikaronder”. PÅGÅR
- Fortsätta insatser för att förhindra vårdskador i samband med fallolyckor. PÅGÅR
- Utveckla uppföljningen av vårdrelaterade infektioner via Infektionsverktyget. PÅGÅR
- Utveckla Sjukhus-Stramas arbete med att övervaka och analysera resistens- och förskrivardata samt följsamhet till behandlingsriktlinjer. PÅGÅR
- Anpassa trycksåruppföljning utifrån regional kvalitetsindikator för trycksår. PÅGÅR
- Ökade aktiviteter för ”trygg och säker hemgång från slutenvård”. PÅGÅR

Höstens (2017) punktprevalensmätning av vårdrelaterade infektioner (VRI) visade att av 496 registrerade inläggande patienter inom somatisk vård hade 6,9 % en VRI. Den dominerade diagnosen var pneumoni. Vid motsvarande mätning under våren hade 9,1 % av inläggande patienter en VRI och under hösten 2016 låg VRI på 8,7 %. Således kan en minskning av vårdrelaterade infektioner ses i denna mätning. Ny mätning är genomförd våren 2018 men resultatet finns ännu inte tillgängligt. (Bild)



Resultat punktprevalensmätningar VRI 2008-2017 SkaS i relation till VGR och riket

SkaS förekomst av antibiotikabehandlade VRI mätt ur Infektionsverktyget ligger på drygt 5 % i medeltal för de 3 första kvartalen 2017, där måltalet är under 6 % för regionen som helhet: (Bild)



Incidens vårdrelaterade infektioner VGR 2016-2017

3.1.3.2 Minska antalet överbeläggningar

Huvudinriktningen är att varje patient skall vårdas på en för ändamålet avsedd och bemannad vårdplats. Behovet av vårdplatser varierar över tid och en genomsnittlig belägningsgrad på 85-90% har lyfts fram som ett måltal i Stiernstedts utredning Effektiv vård. När antalet tillgängliga vårdplatser understiger behovet hanteras detta genom att fler vårdplatser öppnas, huvudprinciperna är antingen överbeläggningar eller att man genom en tillfällig personalökning kan bemanna fler vårdplatser. Att ha ordinarie vårdplatser öppna är grunden för att minska överbeläggningar. För att klara detta pågår flera aktiviteter.

- På flera avdelningar används bemanningssköterskor. PÅGÅR
- Ett 1-årigt lönetillägg på 3000 kronor/månad har införts för att attrahera fler sjuksköterskor inom verksamhetsområde K2 (kirurgi, urologi, onkologi, palliativa) samt KAVA (M4). PÅGÅR
- Rotationstjänster har införts. PÅGÅR
- Kombinationstjänster har införts PÅGÅR
- Handledande sjuksköterska införd på ortopedavd KLAR
- Handledande undersköterska införd på ortopedavd KLAR
- Utökat samarbete med kommunerna PÅGÅR
- Vårdplanering via Skype PÅGÅR

3.1.3.3 Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser

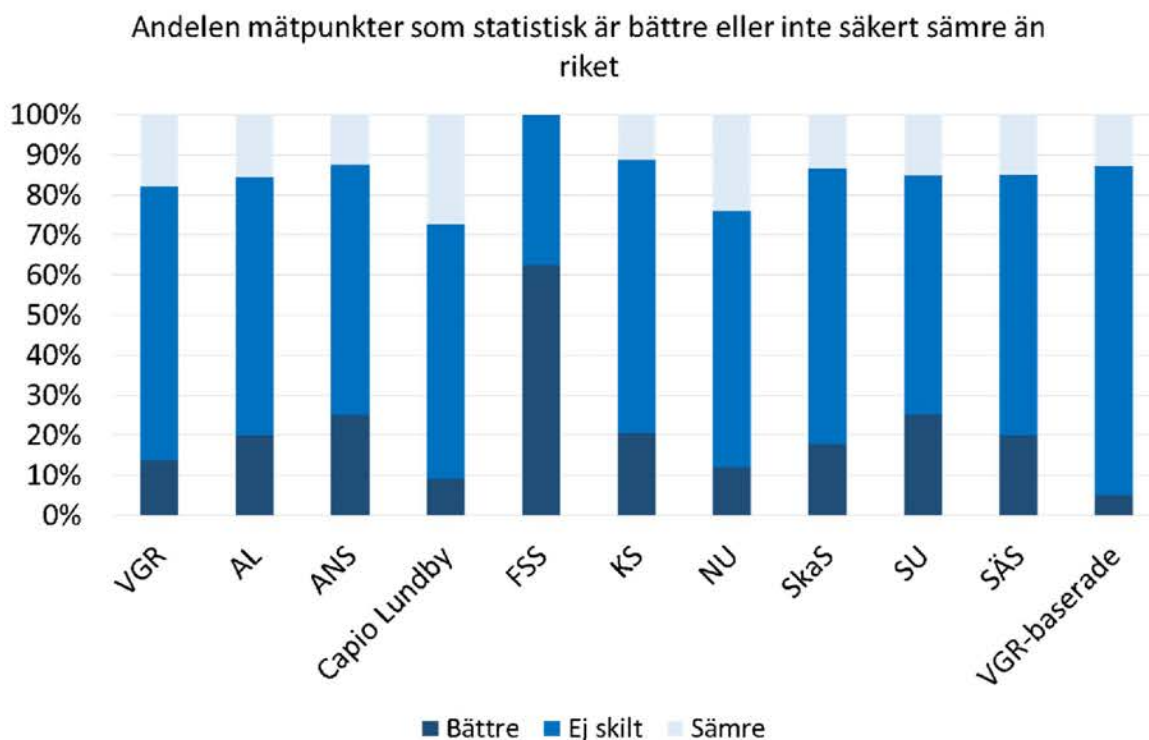
Ett prioriterat mål i SkaS verksamhetsplan för 2018 är att ”forska, utbilda och aktivt ta del av ny kunskap för att använda de bästa metoderna för diagnostik, behandling och omvårdnad i vårdprocesserna”.

För att nå detta mål arbetar SkaS verksamheter med att:

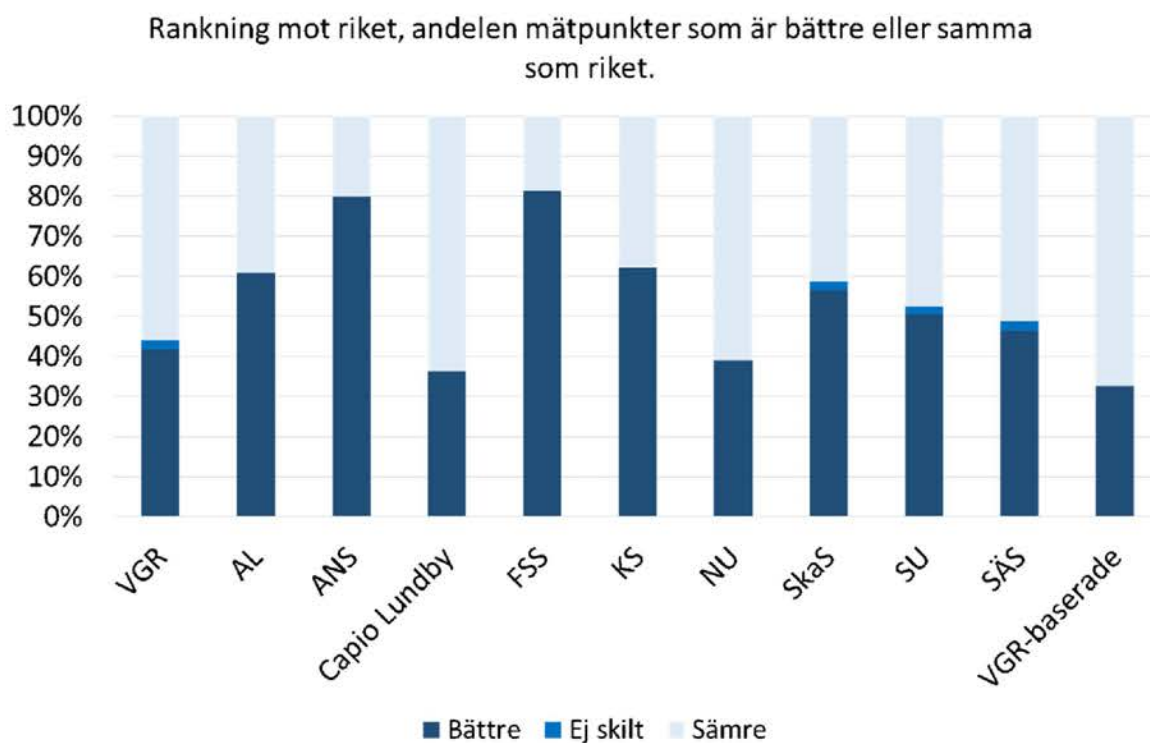
- Fokusera på att utveckla användningen av kvalitetsregister i processutvecklingen. PÅGÅR
- En ny SkaS-övergripande indikator – Andel kvalitetsindikatorer som är lika med eller över riksgenomsnittet med målnivå 100 % – kommer att introduceras under 2018 och följas upp regelbundet på ledningsgruppsmöten, processchefsmöten samt vid utvecklingsdialoger med verksamheterna. PLANERAD
- Genomföra regelbundna utvecklingsdialoger mellan delar av sjukhusledning (bitr. sjukhusdirektör, chefläkare, chefsjuksköterska, kvalitetschef, utvecklingschef) och verksamhetsledningsgrupper med fokus på patientsäkerhet och kvalitet. PÅGÅR

Redovisning hämtad från Sjukvård i Västra Götalandsregionen Med fokus på sjukhusbaserad vård, Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med förbättringsförslag:

SkaS visar goda resultat, se bild nedan. För 135 av 138 indikatorer, där en statistisk jämförelse kan göras, är 87 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Andelen är således högre än VGR-genomsnittet, och högre än riket då andelen bättre (mörkblå) är högre än de sämre (ljusblå).



I nedanstående bild rankas 138 indikatorer mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Sextio procent av indikatorerna är för SkaS bättre än riksgenomsnittet. Om sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.



3.1.3.4 Den specialiserade vården ska koncentreras

Efter att tidigare ledplastikuppdrag och obesitaskirurgi har koncentrerats till SkaS har det nu inom omställningsarbetet genomförts ett omfattande arbete tillsammans med sektorsråden och förvaltningarna i VGR. SkaS har varit aktiva i detta arbete. I dagsläget finns ett förslag till beslut som handläggs under april 2018.

3.2 Västra Götalandsregionen ska erbjuda god arbetsmiljö för medarbetarna, kunna behålla och rekrytera rätt kompetens

3.2.1 Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras

VGR:s karriärutvecklingsmodeller som berör flera professioner kommer att bidra till att SkaS chefer och medarbetare kan hålla mer fokus på utvecklingssamtalet och kompetensutvecklingsplanen.

Samtliga medarbetare ska ha ett lönesamtal under perioden, detta ska ha föregåtts av ett utvecklingssamtal. Utvecklingssamtalet kan ha genomförts före årsskiftet.

Under perioden januari till mars bedömer vi att ca 25 % av SkaS medarbetare har haft ett utvecklingssamtal under årets första månader.

Arbetet med att införa karriärutvecklingsmodellerna pågår enligt införandeplanen för 2018.

3.2.1.1 Fortsätta utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling

Regionens karriärutvecklingsmodeller består av olika steg, där varje steg beskriver vilka möjligheter till kompetens- och yrkesutveckling som finns inom respektive yrke. Modellen är ett verktyg för att i samband med medarbetarens utvecklings- och lönesamtal visa kopplingen till kompetensutveckling som styrs utifrån verksamhetens behov. Idag finns det karriärmodeller framtagna för sjuksköterskor/barnmorskor, medicinska sekreterare, psykologer, biomedicinska analytiker och undersköterskor. Då det varit svårt att implementera modellerna har det anställts en projektledare i VGR som tillsammans med förvaltningsrepresentanter tagit fram en plan

- Implementeringen har startat med presentation och genomgång i ledningsgrupp och verksamhetsråd under februari och mars 2018. Fortsatt införande kommer att ske under april till juni med fokus på sjuksköterskor. PÅGÅR

VGR ska ha en lönestruktur som stödjer kompetensförsörjningen på alla nivåer och skapar förutsättningar för att kunna utveckla och rekrytera medarbetare med rätt kompetens.

- Arbetet för att uppnå regionens önskvärda lönestruktur som också inkluderar jämställda löner, har under 2017 gett viss effekt. Dock fortsätter arbetet med att öka medellönerna med fokus på de kvinnodominerade yrkesgrupperna med medellång högskoleutbildning. PÅGÅR

3.2.1.2 Stimulera uppgiftsväxling, nya arbetssätt och arbetsrotation

- Uppgiftsväxling stimuleras inom och mellan professioner för att på bästa sätt ta tillvara kompetens. Ett sjukhusgemensamt uppdrag har tagits fram för att stödja, koordinera och styra utvecklingen inom området. PÅGÅR.
- Rotationstjänster för sjuksköterskor har införts. Innebär arbetsrotation mellan verksamhetsområden eller inom ett verksamhetsområde. KLAR
- Kombinationstjänster i samverkan med kommun har införts. Innebär ett nytt arbetssätt i samverkan mellan SkaS och Skövde kommun i Skaraborg. KLAR
- Ett samarbete med Regionservice har genomförts sedan flera år och pågår inom flera områden som till exempel MIV (material i vården), städ under jourtid, utökad städning, LIV (livsmedel i vården). PÅGÅR
- Anställda undersköterskor har påbörjat yrkeshögskoleutbildningar till/inom specialiserad undersköterska akutsjukvård, psykiatri, barn- och ungdomssjukvård, Anestesi/Operation/IVA samt ambulanssjukvårdare. PÅGÅR
- Utbildning av steriltekniker. PÅGÅR
- Utbildning av gipstekniker. KLAR
- Förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor/barnsköterskor/skötare kommer att genomföras under 2018. PÅGÅR
- Uppstart av reaktiveringsutbildning av utbildade sjuksköterskor som önskar återgå i yrket efter längre frånvaro. PÅGÅR

3.2.1.3 Utveckla arbetsgivarvarumärket

- Genomfört Workshop kring arbetsgivarvarumärket med samtliga ledningsgrupper kring nuläge och framtidsbild. Det har även genomförts workshop med representanter från de olika yrkesgrupperna som finns på SkaS. Handlingsplan är under framtagande. PÅGÅR
- Genomfört informationsdag för samtliga studie och yrkesvägledare inom högstudier och gymnasieskolor inom Skaraborg för att visa bredden i utbudet av de olika yrkena som finns samt öka kunskapen om SkaS kommande kompetensbehov. KLAR
- SkaS har tillsammans med SÄS arbetat fram ett gemensamt koncept för VGR vid deltagande på olika studentmässor. Under januari till mars har VGR varit representerad på 12 mässor med det gemensamma konceptet. PÅGÅR

3.2.2 Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

Ett sätt att förebygga och främja en god hälsa är en ökad satsning på friskvård. Motion och friskvård är en betydelsefull del i det förebyggande arbetet och ska finnas som en del i sjukhusets strategi för att förebygga ohälsa. För att öka användandet av förmånen genomfördes en informationsinsats 2017. Detta har lett till ett ökat användande av friskvårdsbidraget. Under 2018 kommer vi att intensifiera detta arbete.

Under 2017 september månad genomfördes Medarbetar- och patientsäkerhetsenkäten. Resultat från Medarbetar- och patientsäkerhetsenkäten har redovisats på central Arbetsmiljökommitté, ledningsgrupp SkaS och verksamhetsrådet. Handlingsplan omfattande åtta aktiviteter är presenterade och beslutade att genomföras under 2018-2019.

Medarbetarundersökning genomfördes under perioden 13 september till 4 oktober 2017. Svarsfrekvensen på enkäten var ca 71 procent för SkaS. Arbetet med analys av svaren och åtgärdsplaner genomfördes under november - januari 2018. Nu pågår genomförandet av prioriterade aktiviteter och åtgärder. Uppföljning ska genomföras och presenteras på central arbetsmiljökommitté.

SkaS totala ackumulerade sjukfrånvaro 2017 uppgår till 6,3 procent. Utfall 2016 var 6,8 procent vilket givit en minskning med ca 0,5 procentenhet. Under januari till mars 2018 ser vi en marginell ökning. Ökningen ses i åldersgruppen 30-39 år från 5,5 % till 6,7 %. Det är i intervallet 15-59 dagar som ökningen ligger på 5 %, från 14 % till 19 % av den totala sjukfrånvaron.

	2017	2018
Jan	7,2%	7,5%
Feb	7,8%	8,0%
Mar	7,0%	7,1%

Sjukfrånvaro januari till mars 2017 och 2018

3.2.2.1 Satsa på ledarskap

SkaS har under året arbetat för att stärka och utveckla chefs- och ledarskapet i verksamheten.

- Chefsutvecklingsdagar har genomförts med fokus på VGR:s chefskriterier samt omställning i vården. Under 2018 kommer SkaS att genomföra en dag på temat det

hållbara ledarskapet i april och en utvecklingsdag i november. PÅGÅR

- En arbetsgrupp som leds av chef HR har tagit fram en handlingsplan för 2018. Handlingsplanen omfattar 14 aktiviteter som syftar till att Satsa på Ledarskap. PÅGÅR
- Ett beredande arbete har genomförts för att tydliggöra ansvar och befogenheter som chef. Nästa steg är att granska och beslutas. Därefter ska det införas i linjen. PÅGÅR
- Chefsintroduktion för nya chefer på SkaS kommer att genomföras. Uppföljning av kvalitet och innehåll i introduktionen ska göras under 2018. PÅGÅR
- Checklista vid introduktion för nya chefer är framtagen och ska implementeras under 2018. PÅGÅR
- Chefsstöd ligger i linjeorganisationen men också i form av mentorskapsprogram. Aktiviteten är planerad på VGR nivå och har startats upp på SkaS. Uppföljning och hur SkaS ska använda detta på ett strukturerat sätt ska tas fram. PÅGÅR
- SkaS har haft medarbetare med i samtliga chefsutvecklingsprogram som genomförs i VGR:s regi. PÅGÅR
- Årets chef ska utses på SkaS och därefter nomineras till årets chef inom VGR. PÅGÅR

Utifrån det beslutade normtalet för antal underställda per chef, hade i december 2017 ca 5 procent av SkaS chefer medarbetare över det rekommenderade normtalet. Exkluderat verksamhetsområde M4 som har en understruktur med sektionsledare. Några verksamhetsområden har delat ledarskap vilket också i statistiken ser ut som att det finns fler medarbetare per chef.

SkaS har tagit fram en handlingsplan för Satsa på Ledarskap för 2018. Handlingsplanen är framtagen av en arbetsgrupp bestående av enhetschefer, bitr. sjukhusdirektör, verksamhetschef, strateg kommunikation chef verksamhetsutvecklare och HR chef. Planen är presenterad för central MBL grupp, ledningsgrupp SkaS och verksamhetsrådet. Genomförande och uppföljning av planen leds av arbetsgruppen. Implementation och uppföljning/utvärdering görs i linjeorganisationen.

Handlingsplan med aktiviteter

- **Tydliggöra uppdrag och chefs förutsättningar:**
 1. Riktlinjer för ansvar och befogenheter för chefer ska fastställas.
 2. Arbeta för att nå normtalet för antal medarbetare per chef. Uppföljning av genomförda aktiviteter.
 3. Tydliggöra HR konsult, ekonomicontroller och verksamhetsutvecklarnas verksamhetsnära roll och stöd till chefer. Riktlinje som tagits fram kring uppdrag, roll, ansvar och befogenhet ska implementeras i organisationen. Handlingsplan finns framtagen för att utveckla den konsultativa rollen. Genomförande och uppföljning av handlingsplan 2018.
- **Skapa förutsättningar för ledarskap:**
 1. Bevaka att chefsperspektivet tas tillvara i arbetet med administrativ förenkling.
 2. Utveckla Chefsplatsen på Fokus så att den blir en samlingssida för information, utbildningar och verktyg.

3. Utbilda chefer i ärendeberedningsprocessen. Tydliggöra kommunikationen vid tagna beslut.
4. Utveckla och implementera chefsförsörjningsprocessen.
5. Ta fram rutin vid chefsrekrytering, process och checklista.

- **Hälsofrämjande ledarskap:**

1. Analys av medarbetarenkäten 2017 för att kartlägga chefers arbetsmiljö.
2. Hälsoprofil ska erbjudas till chefer på SkaS.
3. Verka för att utveckla arenor för chefers erfarenhetsutbyte

- **Fortlöpande erbjuda kompetensutveckling:**

1. Regionens ledarutvecklingsprogram erbjuds till chefer inom SkaS.
2. Fördjupade utbildningar för chefer tas fram inom HR, ekonomi, verksamhetsutveckling, kommunikation, arbetsmiljö och genomförs.
3. SkaS chefsdagar genomförs vid två tillfällen och fokuserar på det hållbara och personliga ledarskapet.

3.2.2.2 Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet

SkaS har arbetat utifrån VGR:s handlingsplan för att minska sjukfrånvaron och genomfört ett antal aktiviteter. Uppföljning av resultat av genomförda aktiviteter kommer att göras under 2018.

- Utbildning av chefer i arbetsmiljöverkets föreskrift OSA, Organisatorisk och Social Arbetsmiljö (AFS2015:4), har genomförts för att ge en fördjupad kunskap kring arbetsmiljön och hur denna kan påverka sjukfrånvaron. KLAR
- Inventering av de medellånga och långa sjukskrivningarna för att aktivera rehabiliteringsplanerna och därmed effektivisera rehabiliteringsprocessen pågår och sker i samverkan med Försäkringskassan. PÅGÅR
- Deltagande i Mobiliseringsinitiativet tillsammans med Försäkringskassan och Hälsan & Arbetslivet. Riktade friskvårdsinsatser inom vissa verksamheter med målsättning att medarbetarna ska må bättre och därmed leda till en minskad sjukfrånvaro. Detta projekt avslutades i december och regional slutrapport finns. För de enheter som deltog i mobiliseringsinitiativet minskade sjukfrånvaron med ca 2 procent. KLAR
- AFS 2015:4 Organisatorisk och Social arbetsmiljö på APT, ett presentationsmaterial är framtaget som chefer kan använda på APT för att informera och skapa dialog och medvetenhet hos medarbetare. KLAR
- VGR inför ett IT-baserat system (HälsoSAM), där SkaS har varit pilot, för att dokumentera insatser för medarbetares rehabilitering vid sjukdom. Systemet ger chef bättre förutsättningar för arbetet med rehabilitering, där målsättningen är att minska sjukskrivningstiden. KLAR
- Under 2018 pågår implementering på samtliga verksamhetsområden och uppföljning av verktygets användbarhet och nytta i rehabarbetet. PÅGÅR
- Hälsoprofiler, ett riktat arbete görs tillsammans med Hälsan & Arbetslivet där det ska genomföras ca 400 hälsoprofiler per år. Hälsoprofilerna genomförs enhetsvis så man

får både fokus på enskild individ samt hela gruppen. Chefer får ett underlag gällande hälsostatus för hela gruppen att jobba vidare med. PÅGÅR

3.2.2.3 Utveckla och erbjuda moderna anställningsformer samt pröva arbetstidsmodeller

- Nya arbetstidsmodeller, där kvotering av obekväm tid utgör grunden, har tagits fram, för att uppnå en ökad möjlighet till återhämtning. Dessa har införts under hösten 2017 inom områdena operation samt akutmottagning i Skövde. Under våren 2018 kommer en ny arbetstidsmodell att påbörjas inom psykiatrisk slutenvård. Arbetstidsmodellerna är tidsbestämda till ett år. Utvärdering kommer att genomföras efter 6 månader och 12 månader. PÅGÅR

4 Personal

4.1 Lönestruktur

VGR ska ha en lönestruktur som stödjer kompetensförsörjningen på alla nivåer.

Lönestrukturen ska skapa förutsättningar för att kunna utveckla och rekrytera medarbetare med rätt kompetens. SkaS målsättning att kunna uppnå regionens önskvärda lönestruktur vilket innebär jämställda löner. Detta innebär ett fortsatt arbete med att öka medellönerna främst för de kvinnodominerande yrkesgrupperna med medellång högskoleutbildning,

Regionstyrelsens beslutade Riktlinjer för lönepolitiken 2018-2020 ligger till grund för SkaS lönearbete. Riktlinjen omfattar en beskrivning av områdena förutsättningar, lönestruktur, karriärutveckling, lönespännvidd och marknad. Under rubriken jämställda löner finns beskrivet prioriterade yrkesgrupper och lönekartläggning. Chefens ansvar och uppgift samt medarbetarens roll i löneprocessen finns beskriven.

Skaraborgs Sjukhus har de gemensamma lönegrundade kriterierna, engagemang, professionalitet och samarbetsförmåga som utgångspunkt för lönesättningen.

4.2 Chefsförutsättningar

Analys har genomförts inom varje verksamhetsområde 2017. Analysen visar att cirka 95 procent av SkaS chefer har medarbetare inom det av VGR rekommenderade normtalet. Inom de verksamheter där normtalet inte uppnåtts finns handlingsplaner framtagna. En ökning av antalet enhetschefer har genomförts med ca 15-18 nya chefer.

Exkluderat är verksamhetsområde M4 som har en understruktur med sektionsledare. Några verksamhetsområden har delat ledarskap vilket också i statistiken ser ut som att det finns fler medarbetare per chef.

4.3 Hälsa och arbetsmiljö

Regionens måltal för sjukfrånvaron är 5 procent. Arbetet inom SkaS för att uppnå måltalet fortgår genom ett aktivt arbete med att minska sjukfrånvaron. Nedan framgår sjukfrånvaron per månad från 2015 och framåt. Sjukfrånvaron är högre januari-mars 2018 jämfört med motsvarande period 2017. Orsaken är till stor del influensan.

Sjukfrånvaro %	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Månad
2015	7,31%	8,02%	7,76%	7,02%	6,98%	6,08%	5,25%	5,83%	6,69%	6,89%	7,04%	7,08%	6,79%
2016	7,71%	8,21%	7,37%	6,80%	6,44%	6,16%	5,09%	5,36%	6,53%	7,20%	7,44%	7,38%	6,77%
2017	7,21%	7,81%	6,97%	6,64%	6,30%	5,35%	4,77%	5,15%	6,54%	6,41%	6,30%	6,55%	6,30%
2018	7,46%	8,05%	7,14%	/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0	/0	7,54%
Summa	7,42%	8,02%	7,31%	6,82%	6,56%	5,86%	5,04%	5,43%	6,59%	6,83%	6,92%	7,01%	6,69%

Sjukfrånvaron per personalgrupp, visar en minskning eller är i stort sett oförändrad för de största yrkesgrupperna. Grupper med få anställda (tandläkare, tandsköterskor) får ett högt procentutfall även vid små förändringar, ställt i relation till antalet anställda.

Ack Sjukfrånvaro %	jan-mars 2017	jan-mars -2018	Diff
A Sjuksköterskor, barnmorskor	8,03%	7,96%	-0,07%
B Undersköterskor m.fl.	9,40%	10,20%	0,79%
C Läkare	3,92%	4,32%	0,41%
D Tandläkare	6,48%	8,90%	2,42%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	3,36%	10,82%	7,46%
F Administratör, vård	8,35%	8,03%	-0,32%
G Rehabilitering och förebyggande	8,07%	8,80%	0,73%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	3,70%	3,70%	0,01%
I Utbildning, kultur och fritid	6,29%	3,91%	-2,38%
J Teknik, hantverkare	8,01%	2,93%	-5,08%
K Kök, städ, tvätt			
L Administration	4,51%	4,81%	0,30%
Huvudgrupp	7,36%	7,59%	0,23%

SkaS totala ackumulerade sjukfrånvaro under perioden 2018 uppgår till 7,59 %, vilket är 0,23 % högre jämfört med motsvarande period 2017

SkaS arbetar utifrån VGR:s handlingsplan för att minska sjukfrånvaron.

4.4 Personalvolym, personalstruktur och personalkostnadsanalys

Antalet nettoårsarbetare har ökat med 53 jämfört med samma period 2017. Förändringen finns främst inom grupperna undersköterskor, läkare, rehabilitering, teknik och hantverk och administration. Ökningen i läkargruppen beror dels på de VGR delfinansierade ST – blocken samt av utlandsutbildade läkare ej legitimerade utifrån kompetensförsörjningsplan. Inom gruppen rehabilitering och förebyggande är ökningen främst inom kuratorer på barn och ungdomspsykiatri pga förändrat arbetssätt. Ökningen inom teknik och hantverk beror på projektet med extra tjänster – ej vårdnära arbete på sjukhuset i Lidköping. Dessa tjänster är fullfinansierade via arbetsförmedlingen. Ökningen inom administration (12 st.) är utifrån arbetet med normtalet för chefer. Den övriga ökningen beror framförallt på en förändring av etikett för enhetschefer administrativ personal. För sjuksköterskegruppen ses en minskning med 32 nettoårsarbetare. Den minskning som ses i sjuksköterskegruppen beror på att medarbetare avslutat sin anställning och ersättningsrekrytering har inte kunnat ske i samma omfattning. Ökningen inom undersköterskegruppen kan till viss del hänföras till arbetet som pågår kring uppgiftsväxling.

Netto årsarbetare	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 414,28	1 382,26	-32,02
B Undersköterskor m.fl.	884,34	897,42	13,07
C Läkare	553,02	569,77	16,75
D Tandläkare	5,00	3,05	-1,95
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	12,15	12,73	0,58
F Administratör, vård	276,39	283,45	7,07
G Rehabilitering och förebyggande	212,49	223,77	11,28
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	61,47	70,36	8,90
I Utbildning, kultur och fritid	17,05	15,22	-1,82
J Teknik, hantverkare	5,80	16,85	11,05
K Kök, städ, tvätt	0,00	0,00	0,00
L Administration	327,84	348,09	20,25
Huvudgrupp	3 769,82	3 822,97	53,15

Vad gäller anställningsformen är det inom tillsvidareanställning som ökningen kan ses.

Netto årsarbetare	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
Tillsvidareanställd	3 409,67	3 468,10	58,42
Visstidsanställd	280,55	266,78	-13,77
Timavlönad	79,60	88,09	8,50
Summa	3 769,82	3 822,97	53,15

Kompetensmix

Vid analys av kompetensmixen mellan sjuksköterskor och undersköterskor har den förändrats. Kompetensmixen är undersköterskor är 39 procent (40 procent 2017) och 61 procent (60 procent 2017) sjuksköterskor. Orsaken är bland annat arbetet med uppgiftsväxling.

Övertid

Den totala utförda övertiden har ökat med ca 4 600 timmar jämfört med motsvarande period 2017. Ökning av den kvalificerade övertiden finns framförallt inom sjuksköterske och undersköterskegruppen med ca 1850 timmar vardera/grupp. Orsaken kan härledas till behovet av tillfälliga vårdplatser samt sjukfrånvaron under influensaperioden.

Timmar schema	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
Mertid	8 814,83	11 071,14	2 256,31
Enkel övertid	5 785,63	5 769,56	-16,07
Kval övertid	16 193,18	20 129,15	3 935,97
Övrig övertid	2 303,52	756,17	-1 547,35
Summa	33 097,16	37 726,02	4 628,86

Ofrivilliga deltider

Enligt VGR:s politiska definition vad som avses som ofrivillig deltid, finns det idag inom SkaS inga medarbetare som omfattas.

SkaS har tio medarbetare, samtliga är undersköterskor och kvinnor, som idag är ofrivilliga deltider utifrån Allmänna bestämmelsers (AB) definition.

Personalomsättning

Vid analys av personalomsättning på regional nivå avses externa avgångar från VGR. Vid motsvarande analys inom regionens förvaltningar avses externa avgångar från förvaltningen (inkluderat de medarbetare som övergår till annan förvaltning inom VGR).

SkaS personalomsättning för perioden jan-mars 2018 är 2,3 procent motsvarande för föregående år är 3,4 procent, vilket är en minskning på 1,1 procentenheter. Under det första kvartalet har 43 färre tillsvidareanställda slutat sin anställning vid SkaS än under det första kvartalet 2017. Nedan framgår personalomsättningen per yrkeskategori.

Personer %	Föregående år	Innevarande år	Förändring
A Sjuksköterskor, barnmorskor	3,8%	2,6%	-1,2%
B Undersköterskor m.fl.	4,2%	2,1%	-2,0%
C Läkare	2,7%	1,4%	-1,3%
D Tandläkare	0,0%	0,0%	0,0%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	0,0%	0,0%	0,0%
F Administratör, vård	1,9%	2,2%	0,2%
G Rehabilitering och förebyggande	5,9%	2,8%	-3,1%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	1,6%	2,6%	1,0%
I Utbildning, kultur och fritid	0,0%	0,0%	0,0%
J Teknik, hantverkare	0,0%	16,7%	16,7%
K Kök, städ, tvätt	/0	/0	/0
L Administration	1,2%	2,0%	0,8%
Huvudgrupp	3,4%	2,3%	-1,1%

5 Ekonomiska förutsättningar

5.1 Ekonomiskt resultat

Den ackumulerade budgetavvikelsen per mars 2018 uppgår till -38,7 miljoner kronor och prognosticeras för helåret till -75 miljoner kronor. Bruttokostnadsutvecklingen, inkl finansiella poster, är vid jämförelse med föregående år 8,9 procent.

Intäkt- och kostnadsutveckling 2015-2018 (januari-mars)

Intäkt/ kostnad (Mnkr)	Jan-mar 2015	Jan-mar 2016	Jan-mar 2017	Jan-mar 2018	%-förändring 2015-2016	%-förändring 2016-2017	%-förändring 2017-2018
Intäkter	978 181	1 027 194	1 061 884	1 124 077	5,0 %	3,4 %	5,9 %
Personalkostnader	-608 462	-620 351	-652 301	-709 905	2,0 %	5,2 %	8,8 %
Övriga kostnader	-386 836	-404 073	-419 831	-457 805	4,5 %	3,9 %	9,0 %

Av ovanstående tabell framgår att *intäktsökningen* 2018 varit högre än motsvarande period 2017. Den procentuella intäktsökningen är även något högre än för 2016 då intäkterna ökade till följd av bidrag kopplat till asylsökande patienter, satsningen på akutsjukvården samt standardiserade vårdförlopp (SVF). Intäktsökningen mellan 2018 och 2017 är framför allt kopplad till ersättning för höjda sociala avgifter, förändrad ob-ersättning natt och helg samt ökad ersättning för kostnader till följd av ökat antal hepatit-C patienter. För att bättre matcha intäkten mot utförd produktion har dessutom en justering gjorts av den periodiseringsnyckeln som styr månadsvis takersättning för inomregional vård. Justeringen innebär en ökning med ca 11 miljoner kronor för perioden vid jämförelse med den intäkt som hade fallit ut om nyckel för 2017 använts. Om hänsyn tas till den tekniska justeringen och övriga förändringar ovan blir intäktsförändringen 3,6 procent för perioden januari till mars 2017-2018. Förändringen för helåret enligt vårdöverenskommelsen (VÖK) uppgår till 3,3 procent inklusive tilläggsöverenskommelse och exklusive bruten takersättning. De olika intäktsgrupperna analyseras vidare under avsnitt 5.1.2 Intäktsutveckling.

Personalkostnadsutvecklingen har varit betydligt högre under 2018 än tidigare år. Orsaken är bland annat fortsatt höga kostnader för bemanningsföretag, lönesatsningen för vårdnära personal i löneöversynen 2017, förändring av sociala avgifter från 44,5 till 45,8 procent samt den regionala satsningen på höjd ob-ersättning med 100 procent för natt och 15 procent för helg. Om kostnadsökningen för ob-ersättning och sociala avgifter exkluderas från utfallet uppgår den procentuella förändringen för personalkostnaden till 6,7 procent för perioden 2017-2018, se vidare personalkostnadsanalys under avsnitt 5.1.3 Kostnadsutveckling.

Även för gruppen *övriga kostnader* syns en hög kostnadsutveckling 2017-2018 på 9 procent. Huvudorsaker till utvecklingen är ökade kostnader för:

- Köp av sjukvårdstjänster, på grund av svårigheten att rekrytera kompetenser.
- Köp av laboratorietjänster, till följd av arbetet med standardiserade vårdförlopp som innebär en ökad kostnad inom cancerdiagnostiken samt en ökad volym av influensaprover till följd av en förändrad provtagningsrutin.
- Läkemedel, främst till följd av ökad kostnad för smittskyddsläkemedel kopplat till behandling av fler Hepatit-C patienter.
- Medicinskt material, på grund av bland annat övergången till hyra av CPAP i stället

för köp till egen verksamhet samt en fortsatt volymökning av användandet av blodsockerfria mätare för diabetespatienter.

- Städ, på grund av förändrad städdriktlinjer för rena lokaler och nya prismodell hos Regionservice
- Ökade kostnader för IT-tjänster
- Ökade hyreskostnader på grund av ny- och ombyggnation samt övertag av hyreskostnad för personalbostäder från Regionservice.

Förändringen av köpta av sjukvårdstjänster, laboratorietjänster och läkemedel beskrivs ytterligare under kommande ekonomiavsnitt.

Tabell. Utfall, budget och prognos

Resultat-räkning	Periodens utfall					Helårsresultat				
	Utfall t.o.m. 1 803	Budget t.o.m. 1 803	Utfall t.o.m. 1 703	Avv utfall/ budget	Föränd r utfall/ utfall	Prognos per 1 803	Budget t.o.m. 1 812	Utfall t.o.m. 1 712	Avv prognos / budget	Föränd r prognos/ utfall
	(mnkr)	(mnkr)	(mnkr)	mnkr	%	mnkr	mnkr	mnkr	mnkr	%
Patient-avgifter	17,0	16,9	17,6	0,1	-3,7 %	67,9	66,9	65,3	1,0	4,1 %
Såld vård internt	985,8	983,0	940,0	2,9	4,9 %	3 936,9	3 922,4	3 826,5	14,5	2,9 %
Såld vård externt	9,4	10,1	12,8	-0,8	-27,1 %	42,9	40,4	50,8	2,5	15,5 %
Försäljning med tjänster	16,6	14,1	14,0	2,5	19,2 %	65,0	57,0	61,7	8,0	5,3 %
Övriga intäkter	5,6	4,2	8,7	1,4	35,7 %	24,3	16,8	58,6	7,5	58,5 %
Bidrag och ersättning	89,6	89,4	68,8	0,3	30,3 %	363,9	355,9	299,3	8,0	21,6 %
Intäkter	1 124,1	1 117,6	1 061,9	6,5	5,9 %	4 500,9	4 459,4	4 362,1	41,5	3,2 %
Löner och soc avg	-675,0	-698,8	-625,4	23,8	7,9 %	-2 679,1	-2 749,1	-2 515,9	70,0	6,5 %
Övriga personal-kostnader	-12,7	-10,8	-11,1	-1,8	14,5 %	-43,2	-43,2	-44,4	0,0	-2,6 %
Bemann-företag	-22,3	0,0	-15,9	-22,3	40,4 %	-77,0	0,0	-85,0	-77,0	-9,4 %
Köp av sjukvårdstjänst	-20,3	-10,8	-13,3	-9,5	52,1 %	-78,1	-43,1	-105,7	-35,0	26,0 %
Köp av labtjänst	-38,4	-29,5	-34,4	-8,9	11,7 %	-158,2	-123,2	-146,6	-35,0	7,9 %
Medicinsk service	-6,8	-2,5	-6,4	-4,3	5,1 %	-25,0	-10,0	-28,6	-15,0	12,5 %
Läkemedel	-134,1	-122,9	-117,1	-11,2	14,5 %	-513,0	-496,0	-474,8	-17,0	8,1 %
Medicinskt material	-50,6	-45,7	-46,2	-4,9	9,4 %	-195,9	-187,9	-188,8	-8,0	3,7 %
Hjälpmedel	-13,7	-12,2	-13,3	-1,5	2,5 %	-51,6	-49,1	-53,3	-2,5	-3,1 %
Städ- och tvättkostnad	-18,1	-17,7	-15,5	-0,5	16,9 %	-72,6	-70,6	-64,0	-2,0	13,5 %
Hyra och lokalkostnad	-65,7	-63,5	-63,9	-2,1	2,7 %	-254,2	-254,2	-256,3	0,0	-0,8 %
Övriga kostnader	-93,5	-88,0	-92,4	-5,5	1,2 %	-360,0	-352,0	-342,5	-8,0	5,1 %

	Periodens utfall					Helårsresultat				
Avskrivn o nedskr	-16,4	-19,8	-16,5	3,4	-0,3 %	-66,3	-79,3	-65,5	13,0	1,2 %
Kostnader	-1 167,4	-1 122,2	-1 071,4	-45,2	9,0 %	-4 574,3	-4 457,8	-4 371,2	-116,5	4,6 %
Finansiella intäkter o kostnad	-0,3	-0,4	-0,7	0,1	-52,4 %	-1,7	-1,7	-2,5	0,0	-34,1 %
Resultat	-10,3	-5,0	-10,2	-38,7		-75,0	0,0	-11,6	-75,0	

Anmärkning: Kostnader och intäkter i tabellen ovan är grupperade så att de stämmer överens med analyser i avsnitt 5.1.

5.1.1 Intäktsutveckling

Den totala intäkten har under perioden januari till mars ökat med 62,2 miljoner kronor (5,9 procent) jämfört med motsvarande period föregående år. Budgetavvikelsen för perioden uppgår till +6,5 miljoner kronor och prognosticeras för helåret till + 41,5 miljoner kronor.

Patientavgifter är i nivå med budget men har minskat 0,7 miljoner kronor vid jämförelse med föregående år. Minskningen hänförs till intäkter inom tandvården men bedöms vara tillfällig. Prognosavvikelsen för helåret är + 1 mnkr.

Såld vård internt har ökat med 45,9 miljoner kronor eller 4,9 procent jämfört med motsvarande period föregående år. 11 miljoner kronor av ökningen kopplas till justeringen av periodiseringsnyckeln som styr den månadsvisa taknivån för vårdersättning till sjukhuset. Budgetavvikelse för perioden januari till mars uppgår till +2,9 miljoner kronor och består av en större positiv avvikelse till följd av att intäkter för köpt vård på 9,5 miljoner kronor redovisats på konto för såld vår internt men har budgeterats på konto för bidrag och ersättningar. Ytterligare en positiv avvikelse finns för vårdepisodersättning på +0,9 miljoner kronor kopplat till positivt processutfall för obesitaskirurgin. De positiva avvikelserna reduceras av negativa avvikelser för utebliven ersättning till följd av ej utförda tillgänglighetsuppdrag på -5 miljoner kronor samt asylintäkter som är 1,5 miljoner kronor lägre än budgeterat. Prognosavvikelsen för helåret uppgår till 14,5 miljoner kronor. Den positiva avvikelsen förutsätter en vårdersättning över taknivå med 65 miljoner kronor (motsvarande nivå som föregående år), vilket innebär 17 miljoner kronor mer än budgeterat.

För *Såld vård externt* finns en mindre negativ budgetavvikelse på -0,8 miljoner kronor. Jämfört med motsvarande period 2017 har intäkterna minskat med 3,5 miljoner kronor eller drygt 27 procent. De minskade intäkterna beror på färre antal vårdade turister och färre betaldagar för utskrivningsklara patienter där kommunen har betalningsansvaret. Intäkterna för utskrivningsklara patienter har minskat med 1,6 miljoner kronor för perioden januari till mars. Prognosavvikelsen för helåret bedöms ändå vara positiv och uppgår till +2,5 miljoner kronor vilket beror på att intäkter för vårdade turister beräknas vara betydligt högre under sommarmånaderna.

Försäljning av medicinska tjänster har ökat med 2,7 miljoner kronor vid jämförelse med motsvarande period föregående år och budgetavvikelsen per mars uppgår till +2,5 miljoner kronor. Intäktsökningen beror på ökade intäkter för röntgentjänster till följd av ökade volymer av såväl köpt vård samt egen produktion. Prognosavvikelsen beräknas till +8 miljoner kronor

för helåret.

Utfallet för *Övriga intäkter* har minskat med drygt 3 miljoner kronor vid jämförelse med januari till mars föregående år. Minskningen beror på redovisningen av FOU-bidrag flyttats från övriga intäkter till bidrag och ersättningar mellan åren. Budgetavvikelsen per mars uppgår till +1,4 miljoner kronor till följd av högre intäkter för försäljning av transporttjänster, utbildningstjänster och övriga tjänster än beräknat. Budgetavvikelsen prognosticeras för helåret till +7,5 miljoner kronor.

Bidrag och ersättningar är 20,9 miljoner kronor högre än föregående år och utfallet är i nivå med budgeterad intäkt för perioden. Inom gruppen finns det såväl negativa som positiva budgetavvikelser. Prognosen för helåret uppgår till 8 miljoner kronor och inkluderar 6 miljoner kronor i ytterligare ersättning för Ob-satsningen.

Sammanställning större bidrag och ersättningar utanför VÖK

Större bidrag och ersättningar 2018	Mnkr
Utbildningsmedel AT läkare	56,1
Läkemedel ordnat införande och solidariska*	65,1
OB-ersättning	34,6
Förstärkning psykiatri	32,8
Satsningar på bättre akutsjukvård	32,7
Statsbidrag förlossningsvård	22,9
Ersättning för köpt vård**	20,2
Utbildningsmedel undersköterskor och sjuksköterskor	17,6
Regionala FOU-bidrag	15,5
Standardiserade vårdförlopp (SVF)	10,0
Ordnat införande, metoder och kunskapsunderlag	9,5
Kvalitetssäker och effektiv sjukskrivningsprocess	9,2
Utbildningsmedel ST-läkare	8,7
Flyktingströmmar	8,0

* Inkl ytterligare ersättning för Hepatit C

** Utfall redovisas under såld vård internt men budgeteras under bidrag och ersättningar

5.1.2 Kostnadsutveckling

Personalkostnader

Personalkostnaden för 2018 har ökat med 8,8 procent vilket motsvarar 57,6 miljoner kronor jämfört med motsvarande period 2017. Tabellen nedan beskriver förändringen i miljoner kronor och de olika personalkostnadsslagens andel av förändringen vid jämförelse med föregående år. Förändringarna är redovisade exklusive sociala avgifter. Förändringen av sociala avgifter redovisas på separat rad i tabellen.

Personalkostnadsanalys 2017-2018 (jan-mar)	Förändring (mnkr)	Andel av förändringen (%)
Löner och sociala avgifter varav	49,6	7,6 %
- Löneöversyn (3,24 % 2017)	13,5	2,1 %
- Volymförändring (volym = kostnad månadslön/medellön)	4,0	0,6 %
- Förändrad medellön	-2,1	-0,3 %
- Förändring timlön (exkl löneöversyn)	1,0	0,2 %
- OB	9,0	1,4 %
- Övertid och mertid (exkl löneöversyn)	2,0	0,3 %
- Intjänad/uttagen semester (exkl löneöversyn)	0,9	0,1 %
- Jour och beredskap (exkl löneöversyn)	0,8	0,1 %

Personalkostnadsanalys 2017-2018 (jan-mar)	Förändring (mnkr)	Andel av förändringen (%)
- Sjuklön (exkl löneöversyn)	0,9	0,1 %
- Övriga personalkostnader, utbildning och bilersättning samt traktamente	0,7	0,1 %
- Förändring sociala avgifter	19,6	3,0 %
- Förändring uppbokningar av löneskulder	-0,8	-0,1 %
Övriga personalkostnader	1,6	0,2 %
Bemanningsföretag	6,4	1,0 %
Summa	57,6	8,8 %

Den personalvolym som använts vid beräkning av volymförändring i tabellen ovan utgår från bokförd lönekostnad på konto månadslön samt aktuell medellön per personalgrupp. Enligt den framräknade volymförändringen (kostnad månadslön dividerat med medellön per personalgrupp) har kostnad motsvarande 29 fler heltider bokförts under januari till mars 2018 än för samma period 2017. Denna volymförändring motsvarar ca 4 miljoner kronor. Ökningen finns för grupperna läkare, kuratorer, ledningsarbete, vårdadministratörer samt tekniker hantverkare. För den senare gruppen avser ökningen så kallade extratjänster på sjukhuset i Lidköping och är ett resultat av arbetet med uppgiftsväxling i samarbete med arbetsförmedlingen. En minskad volym finns för såväl sjuksköterskor som undersköterskor.

Genomsnittligt utfall av löneöversyn 2017 uppgår till 3,24 procent. Utifrån denna procentsats är kostnaden för löneöversyn för perioden jan-mars cirka 13,5 miljoner kronor. På grund av bland annat den generationsväxling som pågår påverkas medellön något mindre än vad löneöversynen anger. Detta ger en lägre kostnad på motsvarande ca 2,1 miljoner kronor. Stor del av denna minskning finns inom läkargruppen. Andra personalgrupper där en förändrad medellön ger kostnadsminskningar är undersköterskor, vårdnära och icke vårdnära administratörsarbete samt ledningsarbete.

Kostnaden för timlön har ökat med en miljon kronor jämfört med motsvarande period 2017. Detta ska jämföras med statistiken från personalsystemet som visar att det i genomsnitt under 2018 varit ca 10 fler timanställdanettoårsarbetare än under 2017.

Större delen av kostnadsökningen för ob-ersättning på totalt 9 miljoner kronor beror på förändrad nattersättningen (100 procent natt och 15 procent helg). Inklusiv sociala avgifter uppgår merkostnaden för förändrad nattersättning till 11,1 miljoner kronor för perioden. SkaS får för 2018 ett regionbidrag på 34,9 miljoner kronor för att möta denna kostnadsökning. Den ökade ob-kostnaden prognosticeras dock till drygt 41 miljoner kronor för helåret, vilket ger en ofinansierad nettokostnadsökning på drygt 6 miljoner kronor för helåret 2018. I helårsprognosen förutsätts att SkaS får full kostnadstäckning.

Kostnaden för övertid och mertid redovisas i bokslutet med en månads eftersläpning, dvs det ackumulerade utfallet per mars 2018 avser arbetad tid för perioden december 2017 till februari 2018. Den ackumulerade övertiden ger en kostnadsökning på 2 miljoner kronor vid jämförelse med föregående år. Enligt personalstatistiken är förändringen av övertid och mertid ca 3 600 timmar för perioden december till februari vilket motsvarar en ökning på ca 11 procent. Antal övertidstimmar under januari till mars 2018 redovisas under avsnittet 4.4.3.

Kostnadsförändringen av intjänad och uttagen semester uppgår till 0,9 miljoner kronor jämfört med föregående år. Förändring innebär att uttaget av semester för perioden varit något lägre 2018 jämfört med 2017. För jour och beredskap samt sjuklön syns mindre

kostnadsökningar vid jämförelse med motsvarande period föregående år.

Kostnadsökningen av övriga personalkostnader under gruppen löner och sociala avgifter på 0,7 miljoner kronor kopplas främst till ökade personalkostnader för utbildning. Den totala kostnadsökningen för utbildning inkl sociala avgifter och löneöversyn uppgår till 1,3 miljoner kronor och avser främst utbildning av specialistsjuksköterskor inom område operation, intensiv-, anesthesi- och förlossningsvård.

Förutom effekten av löneöversyn och volymförändring beror kostnadsökningen av sociala avgifter på en höjning från 44,5 till 45,8 procent. Fördelningen av kostnadsökningen på 19,6 miljoner kronor är enligt nedan:

- Löneöversyn och volymförändring +13,5 miljoner kronor
- Höjning av sociala avgiften +6,1 miljoner kronor

Kostnaden för bemanningsföretag uppgår till 22,3 miljoner kronor vilket är 6,4 miljoner kronor högre än för motsvarande period 2017. Totalt har kostnaden för bemanningsläkare ökat med 3,9 miljoner kronor för perioden januari till mars. Inom verksamhetsområde medicin har kostnaden ökat med 2 miljoner kronor och avser läkare inom såväl lungmedicin, neurologi, hematologi och endokrinologi. Större kostnadsökningar finns även för vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, ögon samt radiologi. För kvinnosjukvården och ortopedi syns däremot större kostnadsminskningar. Kostnaden för bemanningssjuksköterskor fortsätter att öka och står nu för 25 procent av SkaS totala kostnad för bemanningsföretag. Ökning uppgår till 2,5 miljoner kronor vid jämförelse med motsvarande period föregående år. Svårigheten att rekrytera sjuksköterskor har gett kostnadsökningar för avdelningarna inom hematologi/allmän internmedicin, neurologi, lungmedicin samt kirurgisk akutvårdsavdelning, akutmottagning samt operationsavdelning där bristen på operationssköterskor är stor. Det pågår flertal aktiviteter för att minska behovet av bemanningsföretag vilket beräknas ge positiv effekt framförallt under hösten 2018. Prognosavvikelsen uppgår till -77 miljoner kronor.

Övriga personalkostnader har ökat med 1,6 miljoner kronor mot föregående år vilket framför allt beror på ökade kostnader för företagshälsovård och personalrekrytering.

Budgetavvikelse och prognos personalkostnader

Det totala utfallet för personalkostnaden är för perioden i nivå med budget men det finns positiva och negativa avvikelser för de olika kontogrupperna:

- Löner och sociala avgifter +23,8 miljoner kronor
- Övriga personalkostnader -1,8 miljoner kronor
- Bemanningsföretag -22,3 miljoner kronor

Den positiva budgetavvikelsen för löner- och sociala avgifter kopplas svårigheten att rekrytera kompetenser, pågående generationsväxlingen samt en positiv avvikelse för budgeterade lönekostnader avseende tilläggsuppdrag och statsbidrag som verksamheten inte kunnat genomföra. Den positiva avvikelsen till följd av tilläggsuppdrag och statsbidrag möts dock av motsvarande intäktsminskning.

Budgetavvikelsen för övriga personalkostnader på -1,8 miljoner kronor kan förutom ökade utbildningskostnader också hänföras till högre kostnader för rekrytering samt

företagshälsovård än budgeterat.

Den positiva avvikelsen för löner och sociala avgifter reduceras av kostnader för bemanningsföretag där avvikelsen uppgår till drygt -22,3 miljoner kronor för perioden. Till detta kommer kostnader för granskningstjänster inom röntgendiagnostik på grund av svårigheter att rekrytera röntgenläkare. Denna kostnad påverkar inte personalkostnaden då den redovisas under kontogruppen medicinsk service. Avvikelsen för granskningstjänster uppgår till -3,7 miljoner kronor för perioden.

Avvikelsen för personalkostnaden som helhet beräknas uppgå till -7 miljoner kronor för 2018.

Köpt vård

Kostnaden för köp av sjukvårdstjänster (valfrihets- och garantivård samt specialistvård) uppgår till 20,3 miljoner kronor för perioden januari till mars vilket är 7 miljoner kronor högre än för motsvarande period 2017. Budgetavvikelsen uppgår per mars till -9,5 miljoner kronor. Totalt uppgår prognosavvikelsen för köpt vård till -35 miljoner kronor för helåret 2018.

Kostnaden för köpt specialistvård uppgår till 4,6 miljoner kronor varav 0,9 miljoner kronor är kostnader för patienter med brännskada som vårdats på Universitetssjukhuset i Linköping. Resterande kostnad består av köpt vård för bland annat av ny medicinsk bedömning (second opinion) och kostnader för specialistvård som köps inom andra landsting och där SU inte bär regionuppdraget.

Under januari till mars har cirka 1 250 betalningsförbindelser utfärdats inom ramen för vårdgaranti för patienter väntande på besök eller behandling inom ortopedi, ögon, öron, urologi, kvinnosjukvård, kirurgi, vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Kostnaden för köpt garantivård uppgår till 12,8 miljoner kronor för januari till mars vilket är en ökning med 7,3 miljoner kronor jämfört med samma period 2017. Kostnaden för garantivård balanseras av en intäkt för regional tillgänglighetssatsning på 10,8 miljoner kronor.

Kostnad för köpt valfrihetsvård har minskat med 3,4 miljoner kronor mellan åren.

Laboratoriekostnad

Laboratoriekostnaden har ökat med 4 miljoner kronor (12 procent) jämfört med perioden januari till mars 2017. Budgetavvikelsen uppgår till -8,9 miljoner kronor för perioden januari till mars och prognosticeras för helåret till -35 miljoner kronor.

Den ökade kostnaden för klinisk kemi på 1,1 miljoner kronor beror bland annat på ökat antal influensaprover, ökat antal onkologipatienter, ändring i förtriageringen på akutmottagningen Lidköping, labprover tagna inom DECI-projektet (äldrepsykiatri) där det inte är klart om kostnaderna ska belasta projektet samt ändrade provtagningsrutiner. En ny rutin infördes på hela SkaS under 2017 för att minska risken för sekundärsmitta och för att kunna använda isoleringsplatserna optimalt. Arbets sättet innebär att alla patienter som söker med luftvägssymtom under influensasäsongen tas influensaprover på. Detta förhindrar inte bara sekundärsmitta utan det blir ett bättre flöde på akutmottagningarna genom en tidigare diagnostik. Förändringen av rutinen av influensaproverna (en dyrare men snabbare diagnostik) innebär att proverna analyseras på klinisk kemi istället för mikrobiologen. Detta är också en förklararing till att mikroanalyserna inte ökat något nämnvärt under perioden januari

till mars.

Ökningen av patologikostnaden mot Unilabs uppgår till +0,2 miljoner kronor och är kopplat till cancerdiagnostik och standardiserat vårdförlopp. Ökningen syns för analyserna Hormonreceptorbestämning, FISH Her2 som används vid diagnostisering av bröstcancer samt andra vävnadsprover som fixeras i paraffin så kallade ”klossar” för att erhålla tunna analysnitt. Antal ”klossar” som behövs vid analysarbetet bestäms på patologi lab för att på bästa sätt definiera tillståndet och skraddarsy eventuell onkologisk efterbehandling. Den intäkt som sjukhuset fått för ökade kostnader till följd av standardiserade vårdförlopp och förändrade vårdprogram innehåller ingen kompensation för ökade laboratriekostnader.

Kostnadsökningen mot SU är 1,3 miljoner kronor (32 procent) för perioden januari till mars där en del är PET-DT undersökning inom cancerdiagnostik som ökat i enlighet med nationella riktlinjer. Undersökningen används vid tumörutredningar, för att tidigt kunna diagnosticera demenssjukdomar, uppföljning av läkemedelsbehandling samt diagnostik av olika sjukdomsprocesser som till exempel inflammatoriska processer. Underlagen för att göra sammanställningar av beställda analyser från SU är svårhanterliga, vilket gör det svårt att analysera orsaken till kostnadsökningen.

Läkemedel

Kostnaden för läkemedel har ökat med 14,4 procent januari till mars jämfört med samma period föregående år vilket motsvarar ca 16,9 miljoner kronor. Budgetavvikelsen för perioden är negativ och uppgår till ca -11,1 miljoner kronor. För helåret prognosticeras en avvikelse på -17 miljoner kronor.

Receptläkemedel har ökat med 20,9 procent eller 14,9 miljoner kronor för perioden januari till mars 2018 jämfört med samma period föregående år. Kostnadsökningar ses framförallt för läkemedel mot hepatit C, orsakat av ett ökat antal läkemedelsbehandlingar. Under 2016 behandlades 68 patienter mot hepatit C, 2017 har 32 patienter behandlats och 2018 beräknas ca 120 patienter behandlas. Kostnadsökningar ses även för läkemedel mot prostatacancer (Xtandi och Zytiga), sömnläkemedlet Melatonin, samt hematologiska läkemedlet Revlimid. Även för läkemedel mot olika tumörsjukdomar finns större kostnadsökningar.

Kostnadsfria preventivmedel till unga under 21 år infördes 1 januari 2017 men det är en marginell kostnadsökning jämfört med föregående år.

För läkemedel som rekvireras till läkemedelsförråden på sjukhusets avdelningar och mottagningar ses en kostnadsökning januari till mars 2018 jämfört med samma period föregående år på 2 miljoner kronor eller 4,3 procent. Rekvisitionsläkemedel som genererat kostnadsökningar till följd av ökad användning är främst Ibrance som är ett nytt dyrt läkemedel mot bröstcancer, Keytruda mot lungcancer och Entyvio mot inflammatorisk tarmsjukdom.

Hösten 2017 infördes slutenvårdsdos på Skaraborgs Sjukhus avdelningar som innebär att inneliggande patienter med en medelvårdtid på över två dagar får tabletter/kapslar packade från en dosmaskin som finns på sjukhuset.

Medicinskt material

Kostnaden för medicinskt material har för perioden januari till mars ökat med ca 4,3 miljoner kronor vid jämförelse med motsvarande period föregående år. Budgetavvikelsen är negativ och uppgår till ca -4,9 miljoner kronor för perioden. Kostnadsökningen beror främst på att kostnaden för diabetesmaterial, ablationsmaterial samt CPAP ökat. Prognosavvikelsen för helåret bedöms till -8 miljoner kronor.

Från 1 maj 2017 infördes en ny regional försörjning för hjälpmedel vid sömnmedicinsk behandling som innebär att andningshjälpmedel (CPAP:er) hyrs från Hjälpmedelscentralen (HMC). Tidigare har sjukhuset köpt och ägt utrustning och material samt stått för servicen. Den nya hanteringen innebär en merkostnad på ca 1,5 miljoner kronor för 2018. Kostnaden av de nya blodskockermätarna fortsätter att öka i takt med ökat användande hos diabetespatienterna. Kostnadsökningen förväntas dock avta under 2018 då målet för andelen användare förmodligen kommer att uppnås. Under första månaderna 2018 ses en kostnadsökning för ablationsmaterial på 2,3 miljoner kronor. Ökningen är kopplad till ett ojämnt inköp av material under 2017 varför bedömningen är att kostnadsutvecklingen mot föregående år kommer att jämnas ut under året.

Hjälpmedel

Inom hjälpmedelsområdet ingår inkontinens-, ortopediska-, hörsel-, syn och medicinska hjälpmedel. För perioden januari till mars har kostnadsökningen varit relativt låg, 2,4 procent jämfört med motsvarande period föregående år. På grund av en obalanserad budget är dock den prognosticerade budgetavvikelsen för 2018 negativ och uppgår till -2,5 miljoner kronor. Negativ budgetavvikelse återfinns främst för medicinska hjälpmedel.

Kostnaden för medicinska hjälpmedel har ökat med 7,6 procent vid jämförelse med samma period föregående år och på helår beräknas kostnadsutvecklingen bli 6,3 procent. Budgetavvikelsen för perioden uppgår till -1,1 miljoner kronor. Detta kan förklaras med ny överenskommelse mellan sjukhusen och Hjälpmedelscentralen vilket innebär att kostnader styrs mer rätt mot tidigare. Hjälpmedel som förskrivs på andra sjukhus till patienter som hör till Skaraborg hamnar nu automatiskt på SkaS. Alla hjälpmedel för medicinsk behandling ingår numera i samma prismodell som övriga hjälpmedel, vilket gör att vissa produkter fått dyrare månadshyra medan andra har blivit billigare samt att SkaS nu betalar för alla förbrukningsartiklar. Avtalen är utformade så att självkostnadsprincipen ska tillämpas. När Hjälpmedelscentralen gör årsbokslut fördelas eventuell differenser, såväl vinst som förlust, på vårdgivarna.

Vid jämförelse med motsvarande period föregående år har kostnaden för inkontinensartiklar minskat med 1,4 procent under 2018 och är i nivå med budgeterat belopp. För ortopediska hjälpmedel har kostnaden ökat med 1,9 procent och budgetavvikelsen för perioden januari till mars uppgår till -0,5 miljoner kronor. Den stora kostnadsökningen ligger på nedre extremitetsproteser, för nedre extremitetsortoser syns däremot en minskad kostnad. Totalt sett för ortopediska hjälpmedel beräknas kostnaden ligga på samma nivå som föregående år.

5.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans

I december 2017 fattade styrelsen för Skaraborgs sjukhus beslut om ekonomiska åtgärdsområden för en effektiv vård med ekonomi i balans, både på kort och lång sikt.

Kompetensförsörjning, rekrytera och behålla medarbetare

I verksamhetens ekonomi finns idag stora merkostnader som grundar sig i problem med kompetensförsörjning, hög personalomsättning och hög sjukfrånvaro. Detta resulterar i ökade kostnader för köp av vård från externa vårdgivare, köp av tjänster från bemanningsföretag, övertid, tid för introduktion och handledning av nyanställd personal samt sjuklön. Det pågående och fortsatta arbetet för att förbättra kompetensförsörjningen och förutsättningarna för första linjens chefer och för att förbättra arbetsmiljön för sjukhusets medarbetare är därför mycket angeläget, även ur ett ekonomiskt perspektiv.

Som ett led i arbetet med att förbättra kompetensförsörjningen och minska kostnaderna pågår flera olika aktiviteter:

- Rekryteringsinsatser, tex utlandsrekrytering läkare, rekrytering ST-läkare, lönetillägg, utbildningstjänster
- Rotationstjänster för sjuksköterskor mellan verksamhetsområden eller inom ett verksamhetsområde
- Kombinationstjänster i samverkan med Skövde kommun
- Utbildningstjänster specialistsjuksköterska
- Uppgiftsväxling
- Ett samarbete med Regionservice har genomförts sedan flera år och pågår inom flera områden som till exempel MIV (material i vården), städ under jourtid, utökad städning, LIV (livsmedel i vården).
- Anställda undersköterskor har påbörjat yrkeshögskoleutbildningar till/inom specialiserad undersköterska akutsjukvård, psykiatri, barn- och ungdomssjukvård, Anestesi/Operation/IVA samt ambulanssjukvårdare.
- Utbildning av steriltekniker
- Utbildning av gipstekniker
- Handledande sjuksköterska, handledande undersköterska på vårdavdelning
- Förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor/barnsköterskor/skötare
- Reaktiveringsutbildning av utbildade sjuksköterskor som önskar återgå i yrket efter längre frånvaro
- Förändrade arbetstidsmodeller där kvotering av obekvämtid utgör grunden
- Produktion- och kapacitetsplanering, en förutsättning för att kunna identifiera rätt bemanningsbehov och använda befintliga resurser på bästa möjliga sätt.

Produktions- och kapacitetsplanering

Med en förbättrad produktions- och kapacitetsplanering ökar förutsättningarna för att verksamheten har rätt kompetens tillgänglig när patienten behöver den. En god produktionsplanering ger bra förutsättningar för att öka patientnöjdheten, förbättra arbetsmiljön och effektivisera och kvalitetssäkra vården. Fortsatt arbete för att förbättra produktions- och kapacitetsplaneringen på såväl strategisk som operativ nivå. Ett

sjukhusövergripande styrdokument för produktions-planeringsarbetet finns framtaget sedan 2011. Styrdokumentet är uppdaterat med en tydligare beskrivning av verksamhetens ansvar. Ett sjukhusövergripande metodstöd med kompetenser från ekonomi, HR och verksamhetsutveckling bildades i början av 2016 för att stötta verksamheten i arbetet. Den styrgrupp för produktions- och kapacitets-planeringsarbetet som finns etablerad på sjukhusövergripande nivå kompletterades under 2017 med biträdande sjukhusdirektörer för att tydliggöra chefsansvaret i linjen. Under 2018 ska samtliga verksamheter ha uppnått steg 7 i SkaS 7-steps-modell för införande av produktions- och kapacitetsplanering.

Effektiva vårdformer och effektiv vårdstruktur

För att öka produktiviteten, höja kvaliteten, minska kostnaden och förbättra arbetsmiljön i patientflödet arbetar SkaS för att förändra vården på flera olika sätt.

- Från slutna- till öppna vårdformer, till exempel utvecklingen av verksamheten vid sjukhuset i Mariestad och närvården i Norra Skaraborg.
- Utveckla digitalisering för att minska behovet av fysiska besök och minska ledtiderna i patientprocesserna, till exempel videomöten, teledermatoskopi, monitorering i hemmet.
- Standardiserade vårdförlopp (SVF) införs i enlighet med regionala riktlinjer.
- Koncentration av vården i enlighet med regionala beslut, till exempel arbetet med det utökade uppdraget för ledplastiker vid sjukhuset i Lidköping.
- Trygg och säker utskrivning från slutenvård, ett arbete påbörjades redan under våren 2017 för att möta upp de kommande kraven enligt ny lag från 1 januari 2018. Förändrade arbetssätt bland annat med en ökad patientdelaktighet och ett förbättrat samarbete med kommunerna ska leda till att de patienter som inte längre har behov av slutenvård så snart som möjligt kan lämna sjukhuset på ett snabbt och tryggt sätt.
- Införandet av SMS-påminnelser och webb-tidbokning minskar antalet uteblivna besök.
- Utveckling inom psykiatriverksamheten i enlighet med regional utvecklingsplan.
- Effektiva processer och flöden, till exempel arbetet för förbättrade genomloppstider på akutmottagningarna.
- Översyn av vårdplatsstruktur och bemanning.

Minska antalet vårdskador

Skaraborgs Sjukhus patientsäkerhetsarbete utgår från den regionala patientsäkerhetsplanen och riktlinjer för patientsäkerhet 2018. Under 2018 ska flera olika aktiviteter genomföras, se avsnitt 3.1.3.1.

Utifrån ett såväl ekonomiskt som patientsäkerhetsmässigt perspektiv tas måltal fram och ekonomiska effekter beräknas för förbättringar inom sju fokusområdena för patientsäkerheten:

- Fallolyckor med förlängd vårdtid
- Vårdrelaterade infektioner, VRI
- Patientskada vid operation
- Läkemedelsrelaterad vårdskada/inskrivning
- Trycksår
- Undernäring

- Diagnostiska fel

Övrigt

Sjukhusets verksamheter har fått i uppdrag att minska användandet av bemanningsföretag med hälften jämfört med 2017. På sikt är målsättningen att inga eller få bemanningsföretagstjänster ska användas. Per mars har kostnaden inte kunnat sänkas på grund av ett pressat bemanningsläge. En genomlysning av bemanningsläget har gjorts och enligt inlämnade handlingsplaner från respektive verksamhetschef kommer kostnaden att minska från hösten.

Inom läkemedelsområdet finns kostnadsreduceringspotentialer identifierade för alla verksamhetsområden, reduktion uppnås genom aktivt val av "rätt" läkemedel. Ett arbete pågår och ska intensifieras för att sprida information i läkargruppen.

Ett effektiviseringskrav för alla verksamheter tas fram för att ytterligare sänka kostnadsnivån under året.

5.3 Investeringar

Totalt uppgår 2018 års utrustningsinvesteringar till 93 miljoner kronor. Investeringar sker i huvudsak med utgångspunkt från fastställda utbytesplaner och planerade lokalförändringar.

Medicinsk utrustning

Under 2018 utgörs de flesta större investeringar i medicinsk utrustning av återinvestering enligt utbytesplan.

Större poster i utbytesplanen är utrustning för bild och funktionsmedicin ca 38,5 miljoner kronor och operations- och anesthesiutrustning 10 miljoner kronor. Totalt beräknas återinvesteringarna uppgå till ca 60 miljoner kronor.

Icke medicinsk utrustning

Investeringar i icke medicinsk utrustning, främst möbler, sker i samband med planerade lokalförändringar med 28,4 miljoner kronor. Lokalförändringarna är till stora delar genererade utifrån behovet av PCB-sanering.

Exempel på projekt som genomförs är ombyggnad av vårdavdelningar för 12 miljoner kronor och tandvårdshuset 2,7 miljoner kronor.

Ingen avvikelse för helårsprognos lämnas.

6 Bokslutsdokument och noter

Se bilaga.

7 Övrig rapportering

7.1 Fördjupad rapport till egen nämnd/styrelse

Bilaga 1. Tabellbilaga ekonomi 180101-180331

Balans- och resultaträkning samt kassaflödesanalys

Resultaträkning	Not	Utfall 1803	Utfall 1703
Verksamhetens intäkter	1	1 124 074	1 061 885
Verksamhetens kostnader	2	-1 150 941	-1 054 959
Avskrivningar och nedskrivningar		-16 430	-16 472
Verksamhetens nettokostnader		-43 297	-9 546
Finansnetto		-336	-704
Årets resultat		-43 633	-10 250

Balansräkning	Not	Utfall 1803	Utfall 1712
Anläggningstillgångar			
- maskiner och inventarier	3	230 821	238 731
- pågående investeringar		357	2 620
Summa anläggningstillgångar		231 178	241 351
Omsättningstillgångar			
Förråd		24 380	25 187
Kortfristiga fordringar	4	155 532	168 552
Likvida medel		114 307	146 331
Summa omsättningstillgångar		294 219	340 070
Summa tillgångar		525 397	581 421
Eget kapital			
Eget kapital		-8 929	2 650
Årets resultat		-43 633	-11 574
Summa eget kapital		-52 562	-8 922
Skulder			
Långfristiga skulder		66 286	66 286
Kortfristiga skulder	5	511 673	524 057
Summa skulder		577 959	590 343
Summa eget kapital, avsättningar och skulder		525 397	581 421

Kassaflödesanalys	Not	Utfall 1803	Utfall 1703
Löpande verksamhet			
Årets resultat		-43 633	-10 250
Avskrivningar		16 430	16 472
Utrangeringar/nedskrivningar		-1	0
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital		-27 204	6 222
Förändring av rörelsekapital			
Ökning-/minskning+ av förråd		807	-1 962
Ökning-/minskning+ av kortfristiga fordringar		13 020	-33 198
Ökning+/minskning- av kortfristiga skulder		-12 384	19 063
Kassaflöde från löpande verksamhet		-25 761	-9 875
Förändring av eget kapital		-7	2
Investeringsverksamhet			
Investeringar		-6 256	-5 027
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-6 256	-5 027
ÅRETS KASSAFLÖDE		-32 024	-14 900
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		146 331	190 176
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		114 307	175 277
Kontroll av årets kassaflöde		-32 024	-14 899
Differens		0	1

Noter, tkr

1. Verksamhetens intäkter	1803	1703
Patientavgifter med mera	16 983	17 632
Såld vård internt	986 222	940 285
Såld vård externt	8 969	12 500
Försäljning av tjänster, internt	13 424	11 396
Försäljning av tjänster, externt	4 636	3 930
Hysesintäkter	318	6
Försäljning av material och varor, internt	10	37
Försäljning av material och varor, externt	11	6
Statsbidrag	1 130	486
Övriga bidrag, internt	78 422	66 822
Övriga bidrag, externt	10 091	1 467
Övriga intäkter, internt	132	3 830
Övriga intäkter, externt	3 726	3 488
Totalt	1 124 074	1 061 885

2. Verksamhetens kostnader	1803	1703
Personalkostnader	687 639	636 450
Inhyrd personal, bemanningsföretag	22 263	15 854
Köpt vård internt	341	54
Köpt vård externt	19 961	13 295
Läkemedel	134 069	117 138
Lokal- och energikostnader, internt	72 734	68 856
Lokal- och energikostnader, externt	3 739	3 025
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	29 013	25 240
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	41 546	38 357
Material och varor, internt	35 861	30 817
Material och varor ,externt	40 066	40 535
Övriga tjänster, internt	24 731	24 457
Övriga tjänster, externt	1 281	20
Övriga kostnader, internt	20 426	19 937
Övriga kostnader, externt	17 271	20 924
Totalt	1 150 941	1 054 959

3. Maskiner och inventarier	1803	1712
Akkumulerade anskaffningsvärden		
Vid årets början	1 503 015	1 454 124
Nyanskaffningar	5 899	48 785
Omklassificeringar	2 620	106
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	1 511 534	1 503 015

Akkumulerade avskrivningar		
Vid årets början	1 264 284	1 198 738
Årets avskrivning och nedskrivning	16 430	65 546
Försäljningar/utrangeringar	-1	0
Utgående ackumulerade avskrivningar	1 280 713	1 264 284
Utgående restvärde	230 821	238 731

4. Kortfristiga fordringar	1803	1712
Kundfordringar, internt	74 424	70 433
Kundfordringar, externt	11 106	16 657
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt	39 636	32 924
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt	10 030	4 989
Övriga fordringar, internt	9 747	28 909
Övriga fordringar, externt	10 589	14 640
Totalt	155 532	168 552

5. Kortfristiga skulder	1803	1712
Leverantörsskulder, internt	45 997	72 387
Leverantörsskulder, externt	72 034	89 442
Semesterskuld	149 442	125 021
Löner, jour, beredskap, övertid	69 958	70 446
Upplupna sociala avgifter	99 249	86 322
Övriga upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt	1 436	996
Övriga upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt	19 738	21 330
Övriga kortfristiga skulder, internt	50 181	56 201
Övriga kortfristiga skulder, externt	3 638	1 912
Totalt	511 673	524 057

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-19

Diarienummer SKAS 2018-00064

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Uppföljning intern kontroll delårsrapport mars 2018

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen om uppföljning av intern kontroll.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fastställde på sitt sammanträde den 1 februari plan för intern kontroll 2018. Enligt beslutet ska uppföljning ske i samband med delårsrapporter och årsredovisning.

I tabellen nedan anges i vilka avsnitt i delårsrapporten de olika kontrollmomenten i internkontrollplanen redovisas.

Kontrollområde	Kontrollmoment	Avsnitt i delårsrapport mars
Tillgänglighet inom BUP	Följa upp att åtgärder i detaljbudget genomförs	3.1.1.1
Genomföra den regionala psykiatriplanen	Följa upp att åtgärder i detaljbudget genomförs	3.1.1.2
Vårdgaranti	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.1.2.1
Digitalisering – att tillräckliga IT-resurser tillförs	Följa upp att åtgärder i detaljbudget genomförs	3.1.2.4
Vårdskador och vårdrelaterade infektioner	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.1.3.1

Datum 2018-04-19
Diarienummer SKAS 2018-00064

2 (2)

Överbeläggningar	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.1.3.2
Utveckling av modeller för lönekarriär och kompetensutveckling	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.2.1.1
Satsa på ledarskap	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.2.2.1
Arbetsmiljö	Följa upp att åtgärder i detaljbudget och respektive verksamhetsområdes verksamhetsplan genomförs	3.2.2.2

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Susanne Gustavsson
Kvalitetschef

Besluten skickas till

- Organisation/person som har initierat ärendet

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-19

Diarienummer SKAS 2018-00393

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Eva Sundström

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Vårdöverenskommelse 2018-2019 mellan Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och Skaraborgs Sjukhus avseende sprututbytesprogram

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner för sin del vårdöverenskommelsen avseende sprutbytesmottagning.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 10 januari 2018, § 7, beslutat om inriktning för införande av fyra sprututbytesmottagningar i Västra Götalandsregionen under förutsättning att Inspektionen för vård och omsorg beviljar tillstånd. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har även beslutat om finansiering av sprututbytesmottagningarna.

Sprututbytesverksamhetens huvudsyfte är att hindra smittspridning i den aktuella målgruppen, reducera injektionsrisktagande och bidra till förbättrad hälsa bland individer där överdödligheten generellt är hög. Verksamheten ska vända sig till individer med intravenöst missbruk, folkbokförda i Västra Götalandsregionen, oavsett ålder. Utöver möjlighet till utbyte av sprutor och kanyler till personer över 18 år, ska även provtagning, vaccination, kurativ rådgivning och stöd, vissa insatser inom reproduktiv och sexuell hälsa samt basal kroppssjukvård erbjudas.

Verksamheterna föreslås placeras med närhet till infektionsklinikerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Södra Älvsborgs Sjukhus, NU sjukvården/ NÄL och Skaraborgs Sjukhus.

I bifogad vårdöverenskommelse beskrivs åtagande, ekonomisk reglering samt uppföljning av uppdraget.

Beredning

2018-03-27 MBL

2018-03-27 Sjukhusledning

2018-04-11 SkaS presidium

Datum 2018-04-19
Diarienummer SKAS 2018-00393

2 (2)

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Eva Sundström
Stf sjukhusdirektör

Bilaga

- Vårdöverenskommelse 2018-2019 – HSS sprutbytesverksamhet

Besluten skickas till

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, hss@vgregion.se



Dnr: HS 2017- 00834

Vårdöverenskommelse 2018-2019

mellan

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

och

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

avseende sprututbytesverksamhet

Innehåll

1. Allmänna förutsättningar.....	4
Parter	4
Giltighetstid.....	4
Bakgrund och syfte.....	4
2. Uppdrag	4
Volym.....	4
Åtagande.....	5
Övrigt under åtagande	5
<i>Lågtröskelverksamhet</i>	5
<i>Drop-In</i>	5
<i>Avgiftsfrihet</i>	5
<i>Anonymitet och sekretess</i>	5
<i>Hjälp till annan vårdinstans</i>	5
<i>Anmälningssplikt</i>	5
Ekonomisk ersättning	6
Uppföljning	6
3. Undertecknande parter.....	6
Byte av sprutor och utdelning av paraferalia	7
Provtagning avseende smittskydd på Sprututbytesmottagningarna	8
Dokumentation	8
Samverkan och samarbete.....	8
Rapporteringskrav till IVO.....	9

1. Allmänna förutsättningar

Parter

Denna vårdöverenskommelse är tecknad mellan hälso- och sjukvårdsstyrelsen och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Giltighetstid

Överenskommelsen gäller för perioden 2018-03-01 – 2019-12-31.

Bakgrund och syfte

Sprututbytesverksamhetens huvudsyfte är att hindra smittspridning i målgruppen, reducera injektionsrisktagande och bidra till förbättrad hälsa bland individer med intravenöst missbruk där överdödligheten generellt är hög.

Vårdöverenskommelsen beskriver uppdrag, volymer, åtagande, ersättning och uppföljning av sprututbytesverksamheten på Skaraborgs Sjukhus (SkaS), Infektionskliniken.

2. Uppdrag

Sprututbytesverksamheten ska vända sig till individer med intravenöst missbruk, folkbokförda i Västra Götalandsregionen, oavsett ålder. Verksamheten ska erbjuda möjlighet till utbyte av sprutor, kanyler och paraferalia till personer över 18 år, liksom provtagning, vaccination, kurativ rådgivning och stöd, vissa insatser inom reproduktiv och sexuell hälsa samt basal kroppssjukvård.

Verksamheterna ska samarbeta med övriga aktörer med beröring mot den aktuella målgruppen (t.ex. smittskydd, primärvårdens specialistmödrahälsovård, socialtjänst, polis, kriminalvård, brukarorganisationer och samhället i övrigt).

Volymer

En uppskattning av antalet individer med intravenöst missbruk fördelade i regionen; med utgångspunkt från upptagningsområdena/närområdena för de aktuella utbudspunkterna.

Tabell 1 Uppskattning av individer fördelade per utbudspunkt¹

Område	Fördelat som befolkningen	Bedömd fördelning
SU	686	900
SÄS	252	200
NU	238	150
SkaS	224	150
VGR totalt	1 400	1 400

Tabell 2 Antal besök per utbudspunkt, givet att sprutbyte sker cirka 14 gånger per person per år.

Område	Givet 14 besök/person/år	
	Antal besök per vecka	Antal besök/dag
SU	242	48
SÄS	54	11
NU	40	8
SkaS	40	8
VGR totalt	376	75

¹ Volymerna för Västra Götalandsregionen baseras på uppgifter från Socialstyrelsen 2012

Åtagande

Verksamheten ska arbeta efter de riktlinjer som finns enligt *Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, Socialstyrelsens föreskrifter om utbyte av kanyler och sprutor till personer som missbrukar narkotika (SOFs 2007:2)*.

Den stora majoriteten besök kommer sannolikt att göras med syfte att byta sprutor, men brukarna får även tillgång till basal hälso- och sjukvård; genom läkare, sjuksköterska, kurator, barnmorska. *Se preciserat åtagande, bilaga 1.*

Övrigt under åtagande

Lågtröskelverksamhet

Målgruppens särskilda situation gör att det är nödvändigt att minska alla sorters hinder som normalt sett leder till att dessa personer inte söker vård.

Det ska vara lätt för samverkan- och samarbetspartners att komma i kontakt med respektive utbudspunkt; därför ska det finnas möjlighet att kunna nå dessa på telefon via direktnummer.

Drop-In

Verksamheten ska vara av drop-in-karaktär. Besök ska kunna ske utan tidbokning, inga remisser ska krävas och inga kallelser skickas ut. Sprututbytesverksamheten ska vara öppen för besök fem dagar i veckan (måndag-fredag).

Avgiftsfrihet

Alla åtgärder som sker vid mottagningen skall vara befriade från patientavgifter. I den mån patienterna behöver få vård vid andra enheter gäller de regler för patientavgifter som finns där.

Anonymitet och sekretess

Samtliga patienter måste kunna styrka sin identitet så att journalföring kan göras och vården följas. Ingen särskild sprutbytesenhet inrättas i journalen utan de insatser som görs dokumenteras under verksamheternas vanliga mottagningar. Här är det av vikt att sekretess mot andra verksamheter inom sjukvården kan garanteras för att få besökarnas förtroende. Sådant som inte är sjukvård (t.ex. byte av sprutor) registreras i *InfCare Sprututbyte*.

Hjälp till annan vårdinstans

I den mån det bedöms att patienternas vårdbehov inte kan omhändertas på lågtröskelverksamheten behöver personalen understödja och underlätta för snabbt omhändertagande vid rätt instans. Kanaler, som gör övergångar smidiga, ska upparbetas. Remisser som skickas till beroendevård och annan vård skickas i samförstånd med patienten. I fall där patienterna är gravida är det sprututbytesverksamhetens uppdrag att försöka förmå patienterna att ta emot särskilt anpassad mödravård.

Anmälningssplikt

Den anmälningssplikt angående barn som far illa och personer med missbruk, som följer av lagar och föreskrifter, gäller även personal vid sprututbytesverksamheten. Detta kan av vissa patienter upplevas som ett hinder för att söka vård och stor varsamhet med hur denna skyldighet hanteras skall därför beaktas i samtalet med dem.

Ekonomisk ersättning

Engångskostnader i samband med uppstart

Under uppstart av sprutbytesverksamheten tillkommer engångskostnader. Ersättningen avser kostnader för inköp av möbler och annan inredning, inköp IT (datorer, inkoppling, larm, pekskärmar mm), gynekologisk undersökningsstol, undersökningsbrets, personal som förbereder och planerar för driftstart.

Utbetalning av ersättning för uppstart av verksamhet sker efter redovisade faktiska kostnader, dock max upp till 600 tkr för hela uppstartsperioden.

Ersättning för drift

Driftstart av sprutbytesverksamheten sker succesivt med start under tredje kvartalet 2018 och beräknas vara i full drift från 2019-01-01. Ersättning för full drift är 3 700 tkr per år. Verksamheten ersätts med ett fast belopp i tolfte delar. Beloppet ska täcka verksamhetens totala kostnader och betalas ut i sin helhet, under förutsättning att verksamheten bedrivs i full skala. Om öppettiderna skulle vara kortare än de överenskomna minskas ersättningen procentuellt, avstämning sker kvartalsvis

Fakturerering

Medlen rekvireras av Skaraborgs Sjukhus genom månatlig fakturerering till internt kundnummer I71102, Hälso- och sjukvårdsstyrelsen. På fakturan ska beställarid 6050196 och aktivitetskod 9419 anges. Av fakturan ska det framgå vilka kostnader som sjukhuset fakturerar för; samt att det ska framgå vad som är driftskostnader och vad som är uppstartskostnader (kan endast faktureras 2018).

Uppföljning

I SOFS 2007:2 "Utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika" finns rapporteringskrav beskrivet för sprututbytesverksamheten (*bilaga 3*).

Uppföljningen bör utöver de av IVO fastställda kraven också innehålla uppgifter per utbudspunkt (mottagning); om målgrupp, insatser vid respektive mottagning samt resultat. Den skriftliga uppföljningen skickas till Koncernkontoret, nina.hautanen@vgregion.se.

3. Undertecknande parter

Västra Götaland 2018-02-21



Jonas Andersson
Ordförande
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen



Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Västra Götaland 2018-02-



Ulla-Britt Hagström
Ordförande
Styrelsen för SKaS

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör, NU-sjukvården

Preciserat åtagande

- Utbyte av sprutor², kanyler och paraferalia³
- Provtagning av HIV och hepatiter.
- Handläggning, smittspårning och behandling av HIV och virushepatiter
- Vaccinationer; hepatit A och B
- Utredning och behandling av hepatit C-infektion
- Utbildning och utdelning av opioid-antidoten naloxon
- Basal hälso- och sjukvård (t.ex. behandling av abscesser och mjukdelsinfektioner liksom vissa smittsamma sjukdomar, uppmärksamma mun- och tandhälsa)
- Kurativ rådgivning och stöd, t.ex. motivationssamtal och hjälp till rätt instans.
- Sexuell och reproduktiv hälso- och sjukvård t.ex. provtagning, undersökning, behandling, rådgivning samt förskrivning och insättning av preventivmedel.
- Utdelning av kondomer
- Tillhandahålla informationsmaterial
- Anslutning till nationellt kvalitetsregister, *InfCare Sprututbyte*

Byte av sprutor och utdelning av paraferalia

Efter att erfarenheter samlats in från motsvarande verksamheter nationellt och internationellt görs bedömningen att verksamheten behöver tillhandahålla följande bytes och utdelningsresurser:

- Två olika sorters sprutor. 2 ml eller 5 ml.
- 5 olika nålar (skillnader i längd och tjocklek)
- Medicinmuggar i plast med lock
- Blandkopp i plast eller metall
- Uppdragningskärl
- Olika typer av filter (microfilter eller bomull)
- Små proppar som används vid perifer venkateter (PVK)
- Plåster
- En mindre mugg eller ”puck” att lägga gamla nålar i
- Sterilt vatten
- Askorbinsyra
- Tvättlappar (alkoswab)
- Engångs-stasar

Vad som delas ut avgörs av patientens behov vid den aktuella tidpunkten, efter bedömning av personalen.

² Europeiska Smittskyddsenheten (ECDC) anger att varje person som injicerar droger bör ha tillgång till minst 100 rena sprutor per år som ett lägsta mått på ett rimligt smittskyddsmål.

³ Avser filter, koppar, muggar, plåster mm som behövs vid hanteringen av injektionen för att minska kontaminationsrisk.

bilaga 2

Provtagning avseende smittskydd på Sprututbytesmottagningarna

Syftet med provtagning är att upptäcka eventuell blodsmitta och att erbjuda profylax med vaccination där så är möjligt. Vid alla förstagångsbesök sker provtagning avseende HIV, Hepatit A, B och C.

Vaccination utförs om patienten inte har ett skydd mot Hepatit A och/eller B. Vaccin mot Hepatit C och HIV finns inte.

Har inte patienten Hepatit C och/ eller HIV, så kommer fortlöpande prover mot Hepatit C och HIV att ske var tredje månad för att tidigt kunna upptäcka om patienten blivit smittad av någon av dessa sjukdomar.

Dokumentation

Verksamheten skall, likt de flesta övriga lågröskelverksamheter i landet, använda *InfCare Sprututbyte* för att registrera besök. Det är ett nationellt kvalitetsregister; med system som endast de som arbetar med sprututbytet har tillgång till. Där finns bland annat:

- Uppgifter om patienten
- Gjorda besök
- Antal sprutor/kanyler som delats ut och återlämnats
- Provtagning, provsvar och besked om provsvar
- Kontakt med beroendevården och socialtjänst

För de delar av dokumentationen som rör sjukvårdande insatser (sår, Hepatit, HIV, givna vaccinationer, preventivmedelsinsättning m.m.) används regionens journalföringssystem. Denna dokumentation är tillgänglig för andra medicinska verksamheter. I melior-journalen finns ingen uppgift att patienten är ansluten till sprututbytet.

I likhet med hur lågröskelverksamheter arbetar i övriga landet kommer inget patientadministrativt system (t.ex. ELVIS) att användas. Statistik kan tas ur InfCare och ingen fakturahantering behövs.

En rutin för hur och var dokumentationen sker, tas fram av de ansvariga verksamhetscheferna gemensamt.

Samverkan och samarbete

Respektive verksamhetschef ska i sin plan för verksamheten beskriva hur samverkan och samarbete som metod ska användas för att nå avsedda mål. I planen för samverkan ska även syfte, frekvens och parter framgå.

Exempel på relevanta aktörer att samarbeta och samverka med:

- Vuxen- resp. Barn- och Ungdomspsykiatri
- Smittskydd
- Kommuner
- Primärvård
- Folk tandvården
- Kvinnosjukvård/Barnmorskemottagningar/MBHV-teamet i Haga
- Hud- och könsmottagningar
- Brukarföreningar (t.ex. NSPHIG, Brukarrådet för missbruksfrågor)
- Polis
- Kriminalvården/Frivård

bilaga 3

Uppföljning och rapportering, Sprututbytesmottagningar Västra Götalandsregionen

I SOFS 2007:2 "Utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika" finns beskrivet rapporteringskrav från verksamheten.

Rapporteringskrav till IVO

13 § Landstinget ska till Inspektionen för vård och omsorg vid verksamhetsårets slut lämna in en verksamhetsberättelse som innefattar en utvärdering av sprututbytesverksamheten. Av verksamhetsberättelsen ska det, vad avser personerna som deltar i sprututbytesverksamheten, framgå uppgifter om

1. ålders- och könsfördelning,
2. antalet besök och utbytta sprutor och kanyler,
3. hur många hiv- och hepatitester som genomförts och utfallet av dessa,
4. förekomsten av infektioner med hiv, hepatit B och hepatit C samt andra infektionssjukdomar som kan vara en konsekvens av narkotikamissbruket,
5. dödlighet,
6. hur många som har fått avgiftning, vård, behandling eller eftervård för sitt narkotikamissbruk, och
7. i vilken omfattning resurserna har motsvarat behoven av vård m.m. (SOSFS 2013:23)

14 § Verksamhetsberättelsen ska även innehålla uppgifter om

1. personalens antal och kompetens,
2. i vilken utsträckning verksamheten bedöms ha påverkat eventuell smittspridning
3. hur samarbetet med missbruks- och beroendevården, den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har organiserats och utfallet av detta samarbete. (SOSFS 2013:23)

Uppföljningen till Koncernkontoret bör förutom det som avrapporteras till IVO också innehålla uppgifter om: målgruppen, genomförda insatser vid respektive mottagning samt de resultat man uppnår, figur 1. Respektive mottagning ska inkomma med en skriftlig uppföljning vid 3 tillfällen, som ska vara Koncernkontoret tillhanda 14 dagar därefter.

		Tidsperiod som rapportering avser		
		1 aug - 31 dec-2018	1 jan - 31 maj-2019	1 jan - 31 dec-2019
1. Målgrupp				
a	Antal individer som besökt mottagningen	x	x	x
b	Vistelsekommun	x	x	x
c	Ställda diagnoser (ICD-10)	x	x	x
d	Injektionsvanor; typ av drog, frekvens och mängd	x	x	x
e	Aktuell kontakt med psykiatri, socialtjänst kriminalvård/frivård	x	x	x
2. Insatser				
a	Utförda åtgärder (KVÅ)	x	x	x
b	Besökstyp (läkare, sjuksköterska, barnmorska, kurator)	x	x	x
c	Antal gjorda vaccinationer fördelat på typ av vaccin	x	x	x
d	Antal prover tagna fördelat på typ	x	x	x
e	Antal skickade remisser fördelat på mottagarverksamhet	x	x	x
3. Resultat				
a	Patient-/brukarnöjdhet	x	x	x
b	Upplevelse av bemötande	x	x	x
c	Andel vaccinerade (alt. andel icke smittsamma) Täljare: antal vaccinerade eller seropositiva; nämnare: totalt antal inskrivna).	x	x	x

Figur 1 Uppföljning och mätperioder.

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-19

Diarienummer SKAS 2018-00159

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 ekonomiskt stöd till det civila samhället

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har inga synpunkter på förslaget till policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället.

Sammanfattning av ärendet

På uppdrag av regionstyrelsen har Koncernkontoret tagit fram ett förslag till Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället. Syftet med policyn är att vara ett regionövergripande dokument för hur ekonomiskt stöd ska hanteras i Västra Götalandsregionen gentemot föreningar, nätverk och organisationer som söker ekonomiskt stöd i olika former. Policyn kommer efter remissomgången att behandlas i regionfullmäktige för beslut och kommer ersätta nuvarande Policy för föreningsbidrag, fastställd av regionfullmäktige 2009.

Förslaget till policy har skickats på remiss till samtliga nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen.

Bland de förändringar som märks jämfört med den nuvarande policyn kan nämnas:

- Den nya policyn ”ansluter till den nationella politiken för det civila samhället (prop 2009/10:55) som anger att målet för politiken ska följas upp utifrån principerna självständighet och oberoende, dialog, kvalitet, långsiktighet, öppenhet och insyn samt mångfald. Västra Götalandsregionen lägger till begreppet jämställdhet som princip att relatera till vid uppföljning.
- Enligt policyn kan ekonomiskt stöd endast ges till verksamheter som bedrivs under särskilt angivna organisationsformer (registrerade ideella föreningar, registrerade trossamfund stiftelser etc).
- I den nuvarande policyn preciseras fyra olika typer av föreningsbidrag. I förslaget till ny policy benämns dessa som antingen långsiktigt eller kortsiktigt stöd. Bidragsgivande nämnd bestämmer själv formerna för hur respektive bidrag ges.

Datum 2018-04-19
Diarienummer SKAS 2018-00159

2 (2)

- Enligt nuvarande policy ska uppföljning göras av en särskild politisk grupp med representanter från både bidragsgivande nämnd/styrelse och regionstyrelsen. Enligt det nya förslaget ska bidragsgivande nämnd själv upprätta kontroll- och uppföljningsrutiner. Uppföljningen ska ta sikte både på hur medlen använts och att mottagarna uppfyller demokratiska krav.
- Förutom internt styrdokument ska policyn även rikta sig till det civila samhället som vägledning och inspiration för samverkan med Västra Götalandsregionen.

På Skaraborgs Sjukhus ges i dagsläget inga bidrag till det civila samhället av den typ som omfattas av denna policy. Förslaget förutses inte få några konsekvenser för sjukhuset.

Beredning

2018-03-27 Sjukhusledning
2018-04-11 SkaS Presidium

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Susanne Gustavsson
Kvalitetschef

Bilaga

- Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället (remissversion)

Besluten skickas till

- Regionstyrelsen, regionstyrelsen@vgregion.se. Ange dnr RS 2016-03906.

Beslutad av: regionfullmäktige, ÅÅÅÅ-MM-DD

Diarienummer: RS 2016-03906

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

Policy

Ekonomiskt stöd till det civila samhället

Policyn gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Koncernstab/avdelning

Dokumentet ersätter: Policy för föreningsbidrag

Innehåll

Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället.....	3
Västra Götalandsregionens olika former för samverkan med det civila samhället.....	3
Förutsättningar för ekonomiskt stöd till det civila samhället.....	4
Vilka inom det civila samhället kan ansöka om ekonomiskt stöd?	4
Former för tilldelning och uppföljning av ekonomiskt stöd till det civila samhället.....	5
Vilka riktar sig policyn till?	5

Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället

Västra Götalandsregionen ser ett stort värde i det civila samhällets roll som bärare för demokratiutveckling, som plats för olika verksamheter och engagemang och som påverkansfunktion. Föreningars, nätverks och organisationers kunskap och insikter är väsentliga för Västra Götalandsregionen att ta vara på och uppmuntra. Det civila samhällets kontaktytor, nätverk och sammanhang är viktiga att relatera till och samverka med. Därför ser Västra Götalandsregionen samverkan med det civila samhällets aktörer som en viktig del i utvecklingsarbetet för att skapa ett hållbart och inkluderande samhälle.

De ekonomiska stöd som Västra Götalandsregionen fördelar till det civila samhället ska bidra till att uppfylla Västra Götalandsregionens vision ”Det goda livet”.

Ekonomiskt stöd till det civila samhället baseras på en politik för att

- förbättra villkoren för det civila samhället som en central del av demokratin
- främja människors delaktighet och inflytande i samhällsutvecklingen
- stärka det civila samhällets förutsättningar att vara aktiva och engagerade i olika typer av samhällsfrågor och att bidra till välfärden

Västra Götalandsregionens ekonomiska stöd till det civila samhället ansluter till den nationella politiken för det civila samhället (regeringens proposition 2009/10:55) som anger att målet för politiken ska följas upp utifrån principerna självständighet och oberoende, dialog, kvalitet, långsiktighet, öppenhet och insyn samt mångfald. Västra Götalandsregionen lägger till begreppet jämställdhet som princip att relatera till vid uppföljning. Principerna gäller som utgångspunkt för all dialog mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhällets aktörer.

Det civila samhällets föreningar, nätverk och organisationer ska ges förutsättningar som möjliggör planering med långsiktighet och hållbar utveckling som grund. De ekonomiska stödsystemen ska därför präglas av stabilitet för att det ska vara möjligt för det civila samhällets aktörer att planera, bedriva och utveckla sin verksamhet.

Västra Götalandsregionens olika former för samverkan med det civila samhället

Samverkan mellan Västra Götalandsregionen och det civila samhället sker genom:

- olika råd och samverkansfora
- avtal och upphandling
- överenskommelser,
- information och samverkan i sakfrågor
- ekonomiskt stöd

Denna policy hanterar enbart regionens relation som givare av ekonomiskt stöd, inte de övriga samarbetsformerna, vilka regleras på andra sätt.

Förutsättningar för ekonomiskt stöd till det civila samhället

Västra Götalandsregionen kan ge stöd till det civila samhällets föreningar, nätverk och organisationer som:

- bygger på demokratiska utgångspunkter och FN:s konventioner om de mänskliga rättigheterna
- är öppna för alla och i sin verksamhet respekterar demokratiska värderingar och diskrimineringslagstiftningen om det inte finns ett legitimt ändamål för särbehandling
- arbetar metodiskt med att inkludera jämställdhet i sin verksamhet
- driver frågor som är angelägna ur det civila samhällets perspektiv med koppling till Västra Götalandsregionens styrdokument
- omfattar invånare i Västra Götalands län inom ett större geografisk område än vad den kommunala nivån erbjuder eller arbetar med en fråga som har regional relevans.
- har ett antal enskilda medlemmar, är en sammanslutning av organisationer som har enskilda medlemmar eller utgör en tillfällig aktionsgrupp eller nätverk.
- inte har skulder för svenska skatter eller avgifter hos Kronofogdemyndigheten eller är i likvidation eller försatt i konkurs.

Vilka inom det civila samhället kan ansöka om ekonomiskt stöd?

Västra Götalandsregionen kan ge ekonomiskt stöd till:

- registrerade ideella föreningar
- registrerade trossamfund
- stiftelser
- aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning
- ekonomiska föreningar utan vinstintresse.
- aktiebolag som är dotterbolag till någon av ovanstående associationsformer och som har vinstutdelningsbegränsning införd i bolagsordningen

- aktionsgrupper, nätverk, upprop mm under förutsättning att stödet kanaliseras via en organisation som är godkänd av Västra Götalandsregionen.

Former för tilldelning och uppföljning av ekonomiskt stöd till det civila samhället

Ekonomiskt stöd kan ges som långsiktigt stöd eller som kortsiktigt stöd utifrån ansvarig nämnds prioriteringar.

Långsiktigt stöd är ett bidrag till en viss verksamhet, eller till flera angivna verksamheter, som föreningen, nätverket eller organisationen bedriver som ordinarie verksamhet. Formerna för långsiktigt stöd anges av respektive bidragsgivande nämnd.

Kortsiktigt stöd är ett ekonomiskt stöd till projekt eller annan tillfällig verksamhet som verkar under en begränsad tid och som inte ingår i ordinarie verksamhet. Formerna för kortsiktigt stöd anges av respektive bidragsgivande nämnd.

Varje nämnd ska upprätta kontroll- och uppföljningsrutiner så att medlen används på ett för ändamålet avsett sätt.

Uppföljningen ska säkerställa att mottagarna uppfyller demokratiska krav och inte åsidosätter sin interna demokrati. Det är centralt att en organisation respekterar samhällets grundläggande värderingar, så som alla människors lika värde, jämställdhet mellan könen och det demokratiska styrelseskicket.

Vilka riktar sig policyn till?

Policy för ekonomiskt stöd till det civila samhället är antaget av Västra Götalandsregionens regionfullmäktige. Den gäller därmed för alla verksamheter inom Västra Götalandsregionen som hanterar ekonomiskt stöd till det civila samhället. Det är upp till varje stödgivande nämnd att utifrån denna policy fastställa egna riktlinjer för den egna stödgivningen.

Policyn riktar sig även till det civila samhället som vägledning och inspiration för samverkan med Västra Götalandsregionen. För att göra dokumentet tillgängligt för det civila samhället och för regionens egna verksamheter finns denna på regionens hemsida. Den finns även på lätt svenska, teckenspråk, minoritetsspråken samt på engelska.

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-11

Diarienummer SKAS 2018-00487

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Utnämning av dataskyddsbud

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus utser Petter Hjalmarsson, jurist vid kvalitets- och utvecklingsfunktionen, till dataskyddsbud för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus är personuppgiftsansvarig för den personuppgiftsbehandling som sker på sjukhuset. Enligt dataskyddsförordningen (GDPR) som träder i kraft den 25 maj 2018 är det obligatoriskt för alla offentliga myndigheter att utnämna ett dataskyddsbud (DSO).

Den övergripande och viktigaste uppgiften för dataskyddsbudet är att övervaka att organisationen följer dataskyddsförordningen. Det innebär bland annat att

- samla in information om hur organisationen behandlar personuppgifter
- kontrollera att organisationen följer bestämmelser och interna styrdokument
- informera och ge råd inom organisationen.

Dataskyddsbudet ska också

- ge råd om konsekvensbedömningar
- vara kontaktperson för Datainspektionen
- vara kontaktperson för de registrerade och personalen inom organisationen
- samarbeta med Datainspektionen, till exempel vid inspektioner.

Dataskyddsbudet har inget eget ansvar för att sjukhuset följer dataskyddsförordningen. Det ansvaret ligger alltid hos den personuppgiftsansvariga eller hos personuppgiftsbiträdet. Personuppgiftsansvarig får heller inte bestraffa dataskyddsbudet för att ha utfört sina arbetsuppgifter.

Petter Hjalmarsson är idag personuppgiftsbud (PuO) enligt personuppgiftslagen (PUL) för Skaraborgs Sjukhus. I och med att GDPR träder i kraft den 25 maj 2018 upphävs PUL och PuO-rollen försvinner.

Datum 2018-04-11
Diarienummer SKAS 2018-00487

2 (2)

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Susanne Gustavsson
Kvalitetschef

Beslutet skickas till

- Petter Hjalmarsson, dataskyddsbud, petter.hjalmarsson@vgregion.se

Bilaga

- Information till personuppgiftsansvariga om dataskyddsbud

Information
2018-03-28
Diarienummer RS 2017-04482

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
GDPR-projektet

Information till personuppgiftsansvarig om dataskyddsombud

Sammanfattning

I dokumentet ges en bild av vad ett dataskyddsombud är, vilka möjligheter personuppgiftsansvariga ska ge dataskyddsombudet, vilka kompetenskrav som ett dataskyddsombud ska ha och vad varje personuppgiftsansvarig ska göra för att uppnå kraven i dataskyddsförordningen gällande dataskyddsombud.

Med personuppgiftsansvarig nedan avses varje nämnd, styrelse och bolag. Med personuppgiftsbiträde avses den som behandlar personuppgifter för den personuppgiftsansvariges räkning. Nämnd styrelse och bolag kan, i förekommande fall, behandla uppgifter för annan organisations räkning och därmed vara personuppgiftsbiträde.

Ytterligare information om dataskyddsombud och GDPR finns på Datainspektionens hemsida och på SKL:s hemsida.

Hänvisningar till artiklar nedan i dokumentet avser GDPR, länk till förordningstexten på Datainspektionens hemsida
<https://www.datainspektionen.se/dataskyddsreformen/dataskyddsforordningen/forordningstexten/>

Som bilaga till detta dokument ligger Information om dataskyddsombudets uppdrag.

Dataskyddsombud

Enligt dataskyddsförordningen (GDPR) är det obligatoriskt för alla offentliga myndigheter att utnämna ett dataskyddsombud. Tänk på att även anmäla utsett dataskyddsombud till Datainspektionen. Detta görs enligt instruktioner på Datainspektionens hemsida:

<https://www.datainspektionen.se/dataskyddsreformen/dataskyddsforordningen/skyldigheter-for-de-som-behandlar-personuppgifter/dataskyddsombud/informera-om-att-ni-har-ett-dataskyddsombud/>

Rollen som dataskyddsombud är inte densamma som personuppgiftsombudet har enligt personuppgiftslagen, PUL.

En av de största förändringarna med de nya reglerna är att den kontrollerande och rådgivande funktionen för organisationen renodlas. Det innebär samtidigt att organisationen självständigt måste bedriva ett aktivt dataskyddsarbete som leds av personuppgiftsansvarig. Personuppgiftsansvarig ska inom organisationen dessutom utse en befattningshavare som har ett övergripande ansvar för genomförandet av det interna dataskyddsarbetet. Organisationens arbete ska följas upp av dataskyddsombudet.

Det är den personuppgiftsansvarige eller i förekommande fall personuppgiftsbiträdet som ska säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med förordningens bestämmelser och har således ansvaret för att dataskyddet efterlevs. Den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsombudet ska göra det möjligt för dataskyddsombudet att effektivt utföra sina uppgifter. Utnämmandet av ett dataskyddsombud är det första steget. Dataskyddsombuden måste ges tillräcklig självständighet för att effektivt kunna utföra sina uppgifter. Dataskyddsombudets övriga arbetsuppgifter får inte stå i intressekonflikt med uppdraget som dataskyddsombud. Dataskyddsombudet har inget ansvar i händelse av bristande efterlevnad av den allmänna dataskyddsförordningen. Dataskyddsombud ska utnämnas för all behandling som utförs av den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsbiträdet.

Den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsbiträdet ska offentliggöra dataskyddsombudets kontaktuppgifter. Det är möjligt att flera personuppgiftsansvariga delar på ett dataskyddsombud om det är lämpligt med hänsyn till uppdragets omfattning och verksamhetens karaktär. Det är den personuppgiftsansvariga organisationens ansvar att se till att ombudet har tillräckliga resurser och tid att klara av uppgifterna. Det är även möjligt att utse flera dataskyddsombud inom en personuppgiftsansvarig.

Kunskapsnivå

Dataskyddsombudet ska utses på grundval av yrkesmässiga kvalifikationer och sakkunskaper om lagstiftning och praxis avseende dataskydd samt förmågan att fullgöra de uppgifter som avses i artikel 39. Nivån på sakkunskapen bör fastställas i förhållande till den uppgiftsbehandling som utförs och det skydd som krävs för den behandling som utförs och de personuppgifter som behandlas.

Dataskyddsombudet ska ha tillräckliga kunskap om verksamheten och den personuppgiftsansvariges organisation, vilket även inkluderar dess administrativa

regler och processer. Dataskyddsombudet bör även ha en god förståelse av den behandling som genomförs och vara insatt i den personuppgiftsansvariges informationssystem samt datasäkerhets- och dataskyddsbehov.

Förmåga att fullgöra uppgifter

Dataskyddsombudens förmåga att fullgöra sina uppgifter hänför sig till deras personliga kvaliteter, kunskaper och ställning inom organisationen. Personliga kvaliteter är till exempel integritet och hög yrkesetik. Dataskyddsombudets främsta prioritering inom Västra Götalandsregionen bör vara att kontrollera efterlevnaden av den allmänna dataskyddsförordningen.

Dataskyddsombudets deltagande i alla frågor som rör skyddet av personuppgifter

Personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträdet ska säkerställa att dataskyddsombudet på ett adekvat sätt och i god tid deltar i alla frågor som rör skyddet av personuppgifter.

Det är viktigt att dataskyddsombudet så tidigt som möjligt görs delaktigt i alla frågor som rör dataskydd. När det gäller konsekvensbedömningar avseende dataskydd föreskriver dataskyddsförordningen uttryckligen att dataskyddsombudet ska göras delaktigt redan i ett tidigt skede och att den personuppgiftsansvarige ska rådfråga dataskyddsombudet vid genomförande av en konsekvensbedömning avseende dataskydd. Att säkerställa att dataskyddsombudet informeras och rådfrågas redan från början underlättar efterlevnaden av förordningen och främjar en strategi för inbyggt dataskydd. Dessutom är det viktigt att dataskyddsombudet ses som en diskussionspartner inom organisationen och ingår i de relevanta arbetsgrupper som har ansvar för behandling av personuppgifter inom organisationen. Indirekt ställer det även krav på organisationen att ha resurser att vara drivande i dataskyddsfrågor eftersom ombudets roll blir mer tydligt rådgivande och kontrollerande

Resurser

Dataskyddsombudet ska ha de resurser som krävs för att fullgöra sina uppgifter. Högsta ledningen bör aktivt stödja dataskyddsombudets arbete. Dataskyddsombudet bör ha tillräckligt med tid på sig för att fullgöra sina uppgifter. Detta är särskilt viktigt när ett internt dataskyddsombud utnämns på deltid. Dataskyddsombud måste ges möjlighet att hålla sig uppdaterade om utvecklingen på dataskyddsområdet.

Generellt sett gäller att ju mer komplex och/eller känslig behandlingen är desto mer resurser behöver anslås till dataskyddsombudet. Dataskyddsfunktionen måste vara effektiv och ha tillräckligt med resurser i förhållande till den uppgiftsbehandling som utförs.

Dataskyddsombudet oberoende ställning

Dataskyddsombud ska kunna fullgöra sitt uppdrag och utföra sina uppgifter på ett oberoende sätt, detta framgår av artikel 38 Ett dataskyddsombud får när de utför sina uppgifter inte instrueras om hur de ska hantera en fråga, till exempel vilka resultat som bör uppnås, hur ett klagomål ska utredas eller huruvida tillsynsmyndigheten ska rådfrågas eller inte. Dataskyddsombuden får inte heller

instrueras att inta en viss ståndpunkt i frågor som rör dataskyddslagstiftningen, till exempel en viss tolkning av lagen.

Den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsbiträdet behåller ansvaret för efterlevnaden av dataskyddslagstiftningen och måste kunna visa att bestämmelserna efterlevs. Om den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsbiträdet fattar beslut som är oförenliga med dataskyddsförordningen och dataskyddsombudets råd, bör dataskyddsombudet ges möjlighet att klargöra sin avvikande ståndpunkt genom ett yttrande riktat till högsta förvaltningsnivå och till dem som fattar besluten. I artikel 38.3 anges att dataskyddsombudet ska rapportera direkt till den personuppgiftsansvariges eller personuppgiftsbitrådets högsta förvaltningsnivå. Sådan rapportering bör ske på olika nivåer säkerställer att högsta ledningen är medveten om dataskyddsombudets råd och rekommendationer

Avsättande eller sanktioner mot dataskyddsombudet

Enligt artikel 38.3 får dataskyddsombudet inte avsättas eller bli föremål för sanktioner av den personuppgiftsansvarige eller personuppgiftsbiträdet för att ha utfört sina uppgifter. Detta krav stärker dataskyddsombudens självständighet och bidrar till att se till att de agerar oberoende och ges tillräckligt skydd när de utför sina uppgifter.

Sanktioner kan ha olika former och vara direkta eller indirekta. De kan till exempel bestå i att den berörda personen inte blir befördrad eller att befordran dröjer, att personen förhindras att gå vidare i karriären, eller inte får förmåner som andra anställda får. Sanktionerna behöver inte förverkligas – bara ett hot är tillräckligt om de används för att bestraffa dataskyddsombudet av skäl som har samband med verksamheten som dataskyddsombud.

Intressekonflikter

Dataskyddsombud får fullgöra även andra uppgifter och uppdrag. Det krävs dock att sådana uppgifter och uppdrag inte leder till en intressekonflikt. Kravet att det inte får föreligga intressekonflikter är nära kopplat till kravet att dataskyddsombuden ska kunna agera på ett oberoende sätt

Som en tumregel kan motstridiga befattningar inom organisationen vara befattningar i högsta ledningen men även andra funktioner om sådana befattningar eller funktioner innebär att dataskyddsombudet fastställer ändamålen med och medlen för behandlingen av personuppgifter.

Vad varje personuppgiftsansvarig och personuppgiftsbiträde ska göra

- Utse dataskyddsombud och göra en anmälan av dataskyddsombudet till Datainspektionen.
- Se till att dataskyddsombudet får tillgång till de uppgifter som denne behöver för att fullgöra sitt uppdrag
- Göra känt inom organisationen vem som är dataskyddsombud och skapa möjligheter för såväl personer inom den egna organisationen som allmänheten att få kontakt med dataskyddsombudet

Information 2018-03-29

5 (5)

- Upprätta rutiner för att säkerställa att dataskyddsombudet involveras tidigt i alla frågor som rör dataskydd, och rutin för hur dataskyddsombudet ska rapportera till styrelse/nämnd och förvaltningsledning.
- Rådfråga dataskyddsombudet omgående när en personuppgiftsincident inträffat
- Se till att dataskyddsombudet har tillräckligt med tid och resurser för att fullgöra sitt uppdrag
- Göra det möjligt för den som har uppdrag som dataskyddsombud att fortbilda sig inom området och att löpande kunna hålla sig uppdaterad med utvecklingen.

Bilaga

Information om dataskyddsombudets uppdrag

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-04-19

Diarienummer SKAS 2018-00514

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs Sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Redovisning av delegeringsbeslut 26 april 2018**Förslag till beslut**

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner redovisningen av delegeringsbeslut.

Sammanfattning av ärendet**Anmälan av delegeringsbeslut**

SKAS 2018-00410-1	Beslut angående begäran om utlämnande av allmän handling
SKAS 2018-00467-3	Beslut angående begäran om utlämnande av allmän handling
SKAS 2018-00513-1	Förändringar i attestantförteckningen januari 2018
SKAS 2018-00513-2	Förändringar i attestantförteckningen februari 2018
SKAS 2018-00513-2	Förändringar i attestantförteckningen mars 2018
SKAS 2018-00505-1	Anställningsbeslut jan-mar 2018

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Susanne Gustavsson
Kvalitetschef

Besluten skickas till

-

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 7 mars 2018 08:00
Till: Anders Carlqvist; Jan Kilhamn; Karin Fröjd; Anna Wallman; Anna Lindhé; Leena Ekberg; info@rccvast.se; Nina Brandström; AL Alingsåsstyrelse; ANS ans; KS/FSS Styrelsen FB; NU Nusjukv kansli; PV Närhälsan; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Habiliteringochhälsa; SkasDiariet; Säs; folktandvården info
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 28 februari 2018 - Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 februari 2018 - Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskaps....pdf; Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1.pdf; Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, et....pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 februari. Protokollat är justerat och anslaget.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

§ 47

Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1

Diariumnummer HS 2017-00947

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till ordnat införande 2018, etapp 1.
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regiongemensam introduktionsfinansiering av utbildningskostnader till regionens fem hudmottagningar inom ramen för Mobil teledermatoskopi med 520 000 kr under första halvåret 2018.
3. Regiongemensam introduktionsfinansiering av prioriterade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag med upp till 29,1 mnkr 2018 tas ur hälso- och sjukvårdsstyrelsens utvecklingsanslag.
4. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2019 beslutas i samband med lämplig etapp av ordnat införande 2018.
5. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2020 beslutas i samband med lämplig etapp av ordnat införande 2019.

Sammanfattning av ärendet

Program- och prioriteringsrådet har utarbetat ett förslag till ordnat införande 2018 etapp 1. I etappen föreslås att 12 nya läkemedelsterapier/metoder/kunskapsunderlag prioriteras för ordnat införande med regiongemensam introduktionsfinansiering med upp till 29,1 mnkr 2018, 55,3 mnkr 2019 samt 33,1 mnkr 2020.

För läkemedelsbehandlingar som NT-rådet rekommenderar landstingen att använda men som inte prioriteras i regionens process för ordnat införande har Program- och prioriteringsrådet tagit fram rekommendationer om förhållningssätt.

I förslaget ingår introduktionsfinansiering av utbildningskostnader till regionens fem hudmottagningar inom ramen för Mobil teledermatoskopi med 520 tkr under första halvåret 2018.

Beredning

Förslaget bygger på nomineringar från verksamheter samt medicinska sektorsråd och terapigrupper i regionen samt aktuella kunskapsunderlag som presenterats i PPR. PPR har utarbetat ett samlat förslag till ordnat införande 2018 etapp 1. Förslaget har stämts av i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2018-02-20

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

- Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1

Skickas till

För genomförande:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningar
- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård

För kännedom

- Program- och prioriteringsrådet, medicinska sektorsråd, Regionalt cancercentrum, läkemedelskommittén och terapigrupper
- Claes Jönsson
- Anders Carlqvist
- Jan Kilhamn
- Karin Fröjd
- Anna Wallman
- Anna Lindhé
- Leena Ekberg

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Bilaga 1

Datum 2018-02-20

Diarienummer HS 2017-00947

Ordnat införande etapp 1 2018: Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag

Nya läkemedel/indikationer

18 nya läkemedel/indikationer nominerades till etapp 1 2018. Av dessa omfattas 13 av nationell samverkan för ordnat införande.

För fem av de 18 nominerade läkemedlen/indikationerna saknas nationella underlag som bör inväntas innan beslut om ordnat införande fattas. Därmed rangordnas 13 läkemedel/indikationer för beslut i etapp 1 2018. För två nomineringar har olika rangordning getts till undergrupper som anges i nomineringen. Tio läkemedelsbehandlingar har i prioriteringsmodellen fått rangordning 2 och prioriteras för introduktionsfinansiering. Fem läkemedel har fått en rangordning 3 och prioriteras inte i VGR:s modell för ordnat införande.

Läkemedelsbehandlingar som i prioriteringsmodellen fått rangordning 2 och prioriteras för introduktionsfinansiering:

- **Jardiance (empagliflozin) vid diabetes mellitus typ 2 med etablerad hjärt-, kärlsjukdom**

Jardiance används sedan tidigare som tillägg till andra diabetesläkemedel för att sänka blodsockernivåerna vid diabetes typ 2 och ingår i läkemedelsförmånen. Nu har Jardiance nominerats till ordnat införande eftersom studiedata visat att behandling med läkemedlet kan minska risken för död genom kardiovaskulär sjukdom, icke-dödlig hjärtinfarkt eller icke-dödlig stroke hos patienter med diabetes typ 2 och etablerad hjärt-, kärlsjukdom. Risken för sjukhusinläggningar på grund av hjärtsvikt var också lägre för dem som behandlades med Jardiance i studien. Effekten har i regionens rangordningsmodell bedömts som måttlig och risken med behandlingen som låg. Det vetenskapliga underlaget bedöms vara starkt.

För att fler patienter i gruppen med etablerad hjärt-, kärlsjukdom ska få tillgång till behandling föreslås ett ordnat införande med introduktionsfinansiering. Behandlingen ska utgå från rekommendationerna i REKlistan och sköts huvudsakligen av primärvården. En regional plan för implementering och uppföljning utarbetas i samverkan mellan berörda medicinska sektorsråd, terapigrupper och Koncernkontoret.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

2 (12)

Antalet patienter som bör behandlas uppskattas till ca 10 000 i VGR efter en introduktionsperiod på 2 år. De tillkommande läkemedelskostnaderna beräknas uppgå till ca 30 mkr när behandlingen är fullt införd. De höga tillkommande kostnaderna kan innebära en risk för undanträngning av annan vård.

- **Repatha (evolucumab) för behandling av:**
 - **patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi**
 - **patienter som behandlas efter hjärtinfarkt (sekundärprevention) och som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har LDL-kolesterol på 4,0 mmol/l eller högre**

I läkemedelsgruppen PCSK9-hämmare, biologiska läkemedel för sänkning av kolesterol, ingår två läkemedel, Repatha och Praluent (alirokumab). Båda omfattas av nationellt ordnat införande. TLV har beslutat att läkemedlen ska ingå i läkemedelsförmånen med begränsning till ovanstående patientgrupper. NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Repatha och Praluent enligt TLV:s förmånsbeslut samt för behandling av patienter som får eller är aktuella för LDL-afäres (metod där plasma tas bort från blodet och renas från kolesterol).

Upprepade studier har visat att PCSK9-hämmare sänker LDL-kolesterol. Behandling med Repatha, för patienter med höga kolesterolvärden och tidigare hjärt-, kärlsjukdom (sekundärprevention), har även visats sig kunna minska risken för ytterligare hjärt-, kärlsjuklighet som hjärtinfarkt och stroke. Effekten har i regionens rangordningsmodell bedömts som måttlig och risken med behandlingen som låg. Det vetenskapliga underlaget bedöms som måttligt starkt.

Introduktionsfinansiering föreslås för Repatha för de patientgrupper som ingår i läkemedelsförmånen. Behandling med Repatha ska ges enligt NT-rådets rekommendation. I dagsläget är det vetenskapliga underlaget för Praluent för prevention av hjärt-kärlkomplikationer i de nominerade grupperna svagare. Praluent föreslås därmed inte omfattas av introduktionsfinansiering. PPR rekommenderar att verksamheter i VGR avstår från att använda Praluent i rutinsjukvård. Behandling till patienter som får eller är aktuella för LDL-afäres kan ges i VGR i enlighet med NT-rådets rekommendation men, eftersom studier saknas för den specifika patientgruppen samt att kostnader för LDL-afäres bortfaller, omfattas det inte av särskild introduktionsfinansiering.

Inför förmånsbeslut för PCSK9-hämmare hölls trepartsöverläggningar mellan TLV, företaget och landstingen som resulterade i sidosöverenskommelser om riskdelning för att minska osäkerheten kring kostnaderna. VGR har tecknat avtal med läkemedelsföretagen. Kostnaden för läkemedlen enligt avtal är konfidentiell. De höga tillkommande kostnaderna kan innebära en risk för undanträngning av annan vård. När behandlingen är fullt införd för de prioriterade patientgrupperna beräknas ca 270 patienter behandlas.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

3 (12)

- **Cinquaero (reslizumab) som tilläggsterapi till patienter med svår eosinofil astma som inte kan kontrolleras med hög dos inhalerade steroider och bronkdilaterande behandling**

Cinquaero har en liknande verkningsmekanism och målgrupp som Nucala som beviljades introduktionsfinansiering i etapp 1 2017. NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Nucala eller Cinquaero till en begränsad patientgrupp.

I regionens rangordningsmodell bedöms Cinquaero likvärdigt med Nucala. Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att det minskar frekvensen av episoder med akut försämring av astman. Introduktionsfinansieringen som är avsatt för Nucala, till och med juni 2019, kan därför användas även för Cinquaero i enlighet med NT-rådets rekommendation. Totalt bedöms ca 100 patienter bli aktuella för behandling med antingen Nucala eller Cinquaero. VGR har tecknat avtal om reducerat pris med företaget. Kostnaden enligt avtal är konfidentiell.

- **Tagrisso (osimertinib) vid icke-småcellig lungcancer och T790M-mutation i EGFR (epidermal growth factor receptor) efter tumörprogression under eller efter behandling med erlotinib, gefitinib eller afatinib**

Tagrisso är indicerat vid behandling av icke-småcellig lungcancer med en specifik mutation och där canceren är långt framskriden och förvärras trots tidigare behandlingar. TLV har bedömt att kostnaden för Tagrisso är rimlig i förhållande till nyttan och beslutat att läkemedlet ska ingå i förmånen.

Studier har visat att Tagrisso har bättre effekt när det gäller att bromsa sjukdomsförloppet jämfört med kemoterapi. Effekten bedöms som god/måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt.

Inför förmånsbeslut hölls trepartsöverläggningar mellan TLV, företaget och landstingen som resulterade i en sidoöverenskommelse om riskdelning för att minska osäkerheten kring kostnaderna. VGR har tecknat avtal med läkemedelsföretaget. Kostnaden enligt avtal är konfidentiell. I VGR beräknas 13-14 patienter per år bli aktuella för behandling.

- **Tecentriq (atezolizumab) som monoterapi av lokalt avancerad eller metastaserad icke-småcellig lungcancer efter tidigare behandling med kemoterapi. Patienter med EGFR-aktiverande mutationer eller ALK-positiva tumörer bör ha fått målriktad behandling innan de behandlas med Tecentriq.**

Tecentriq har liknande verkningsmekanism och huvudsakligen samma målgrupp som Opdivo (nivolumab) och Keytruda (pembrolizumab), som beviljades introduktionsfinansiering för andra linjens behandling av NSCLC av skivepitel typ i etapp 2 2016 och icke-skivepitel typ i etapp 1

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

4 (12)

2017. De tre läkemedlen tillhör gruppen PD1-/PD-L1-hämmare som vid indikation lungcancer alla omfattas av nationellt ordnat införande. NT-rådet rekommenderar landstingen att vid andra linjens behandling av icke småcellig lungcancer, av icke-skivepiteltyp respektive skivepiteltyp, använda Keytruda, Opdivo eller Tecentriq.

I regionens rangordningsmodell har Tecentriq rangordnats på samma nivå som Opdivo och Keytruda på den aktuella indikationen, patienter som tidigare behandlats med kemoterapi, ”andra linjens behandling”. Effekten bedöms som måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt.

Tidigare avsatt introduktionsfinansiering för Opdivo och Keytruda för andra linjens behandling av icke-småcellig lungcancer kan även avropas för Tecentriq till och med juni 2019. Val av läkemedel ska göras enligt NT-rådets rekommendation. Vid användning av något av dessa läkemedel rekommenderar NT-rådet även att patienten ska ha testats för PD-L1-uttryck (biomarkör som kan ha betydelse för behandlingseffekt). Det finns ett visst stöd för att använda Tecentriq även för behandling av PD-L1-negativa patienter. Det kan innebära att något fler patienter nu blir aktuella för behandling eftersom gruppen med PD-L1-negativ icke-skivepitelcancer tidigare inte behandlats med Opdivo eller Keytruda. Totalt uppskattas drygt 100 patienter per år bli aktuella för behandling vid indikationen. Läkemedlen är upphandlade och kostnaden enligt avtal är konfidentiell.

- **Opdivo + Yervoy (nivolumab + ipilimumab) vid avancerat (icke-resektabelt eller metastaserande) melanom, PD-L1-negativa tumörer**
Kombinationsbehandling med Opdivo och Yervoy vid avancerat malignt melanom omfattas av nationellt ordnat införande. NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Opdivo i kombination med Yervoy för behandling av patienter med avancerat malignt melanom som har uttryck av PD-L1 <1% i tumörcellerna när patienten bedöms tolerera den kombinerade behandlingen och förutsatt att en stoppregel på 22 månader tillämpas. I övriga fall rekommenderas landstingen avstå från användning av Opdivo i kombination med Yervoy.

Behandlingen har tidigare utvärderats i regionens rangordningsmodell för ordnat införande och fått låg prioritet. Efter värdering i etapp 2 2017 har studier på livskvalitet tillkommit. Dessa visar att den ökade frekvensen biverkningar med kombinationsbehandlingen inte resulterar i någon sänkning av livskvaliteten varför balansen effekt/risk nu resulterar i rangordning 2.

Introduktionsfinansiering föreslås för behandling i enlighet med NT-rådets rekommendation. Ca 40 patienter beräknas behandlas när behandlingen är fullt införd.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

5 (12)

- **Keytruda (pembrolizumab) som monoterapi för behandling av lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer hos vuxna som tidigare behandlats med platinabaserad kemoterapi**

PD1-/PD-L1-hämmare vid urotelial/blåscancer omfattas av nationellt ordnat införande. NT-rådet har bedömt att kostnaden är rimlig i förhållande till nyttan för behandling med läkemedlen vid aktuell indikation och rekommendationen till landstingen är att Keytruda eller Tecentriq kan användas i första hand och Opdivo kan övervägas i andra hand.

Behandling med Keytruda har visats öka tiden för medianöverlevnad jämfört med vanlig kemoterapi. Effekten bedöms som måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt.

Keytruda föreslås omfattas av introduktionsfinansiering vid andra linjens behandling av urotelial/blåscancer. Eftersom det vetenskapliga underlaget för den andra PD1-hämmaren, Opdivo, är svagare vid den aktuella indikationen föreslås Opdivo inte omfattas av introduktionsfinansiering. Tecentriq har inte nominerats eller bedömts i VGR:s process för behandling av urotelial cancer. Totalt bedöms 30 patienter per år få behandling när den är fullt införd.

- **Opdivo (nivolumab) vid huvud- och halscancer av skivepiteltyp som progredierat efter platinumbaserad cytostaktikabehandling**

Behandlingen omfattas av nationellt ordnat införande och NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Opdivo vid skivepitelial huvud- och halscancer.

Behandling med Opdivo har visats öka tiden för medianöverlevnad jämfört med dagens standardbehandling. Effekten bedöms måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt. Totalt bedöms 20 patienter per år få behandling när den är fullt införd.

- **Kisqali (ribociklib) som första linjens behandling i kombination med aromatashämmare för kvinnor med lokalt avancerad eller metastaserad HR-positiv/HER2-negativ bröstcancer som genomgått klimakteriet**

Kisqali har liknande verkningsmekanism och målgrupp som Ibrance (palbociklib) som beviljades introduktionsfinansiering i etapp 2 2017. TLV har bedömt att kostnaden för Kisqali är rimlig i förhållande till nyttan och beslutat att läkemedlet ska ingå i förmånen.

I regionens rangordningsmodell bedöms Kisqali likvärdigt med Ibrance. Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att Kisqali har en effekt när det gäller att bromsa sjukdomsförloppet.

Introduktionsfinansiering avsatt för Ibrance, till och med 2019, föreslås även kunna användas för Kisqali. Inför förmånsbeslut hölls trepartsöverläggningar mellan TLV, företaget och landstingen som resulterade i en sidoöverenskommelse om riskdelning för att minska

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

6 (12)

osäkerheten kring kostnaderna. VGR har tecknat avtal med läkemedelsföretaget. Kostnaden enligt avtal är konfidentiell. I VGR bedöms ca 100 patienter per år bli aktuella för behandling med antingen Kisqali eller Ibrance.

- **Lartruvo (olaratumab) vid inoperabelt eller metastaserat mjukdelssarkom. Vuxna patienter med mjukdelssarkom där kurativ behandling med operation eller strålbehandling inte är möjlig. Ges i kombination med doxorubicin till patienter som inte tidigare behandlats med doxorubicin.**

Behandlingen omfattas av nationellt ordnat införande och NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Lartruvo i kombination med doxorubicin vid behandling av avancerat mjukdelssarkom.

Behandling med Lartruvo har visats öka tiden för medianöverlevnad. I VGR:s rangordningsmodell bedöms effekten som måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt.

De tillkommande årskostnaderna i VGR när behandlingen är införd beräknas till 6,8 mnkr. Ca 15 patienter bedöms behandlas när behandlingen är fullt införd.

Fem läkemedelsbehandlingar får rangordning 3 och prioriteras inte för introduktionsfinansiering:

- **Repatha (evolocumab) och Praluent (alirokumab) för patienter med heterozygot familjär hyperkolesterolemi som inte når mål LDL-kolesterol på 4,0 mmol/l**
I nomineringen av PCSK9-hämmare föreslås även behandling av patienter med heterozygot familjär hyperkolesterolemi som inte når mål LDL-kolesterol på 4,0 mmol/l. Denna patientgrupp ingår inte i läkemedelsförmånen eller i NT-rådets rekommendation. Behandlingen får även längre prioritet i regionens rangordningsmodell, bland annat utifrån svagare vetenskapligt underlag.
- **Alecensa (alektinib) vid anaplastiskt lymfomkinas (ALK)-positiv, avancerad icke-småcellig lungcancer som tidigare behandlats med krizotinib**
I VGRs prioriteringsmodell har behandling fått rangordning 3 trots att den avser en sjukdom med mycket hög svårighetsgrad. Alecensa omfattas av läkemedelsförmånen vid den aktuella indikationen. Det vetenskapliga underlaget för bedömning av effekt i nominerad patientgrupp bedöms otillräckligt, eftersom ingen tidskriftsgranskad rapport från en kontrollerad studie i den nominerade populationen finns publicerad.
- **Opdivo (nivolumab) som monoterapi av lokalt avancerad icke-resektabel eller metastaserande urotelcellscancer hos vuxna vid otillräcklig effekt av tidigare platinumbaserad behandling**

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

7 (12)

Opdivo som andra linjens behandling av urotelial/blåscancer har fått rangordning 3 eftersom det vetenskapliga underlaget bedöms otillräckligt. I den nominerade patientpopulationen finns endast en okontrollerad studie. NT-rådets rekommendation till landstingen är att Keytruda eller Tecentriq kan användas i första hand och Opdivo kan övervägas i andra hand.

Opdivo som andra linjens behandling vid blåscancer rekommenderas inte införas i rutinsjukvård. Alternativ behandling är Keytruda som fått rangordning 2. Vid individuella undantag från behandlingen finansieras dessa inom förvaltningens ordinarie budget efter sedvanlig prioritering.

- **Keytruda (pembrolizumab) som monoterapi för behandling av lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer hos vuxna som inte är lämpade för cisplatinbaserad kemoterapi**

I nominering av Keytruda vid urotelial/blåscancer föreslås även införande som första linjens behandling, för patienter som inte är lämpade för cisplatinbaserad kemoterapi. I VGRs prioriteringsmodell har behandling fått rangordning 3. Det vetenskapliga underlaget bedöms otillräckligt eftersom det inte finns någon kontrollerad studie i den nominerade populationen. NT-rådets rekommendation till landstingen är att Keytruda eller Tecentriq kan användas vid den aktuella indikationen.

Keytruda som första linjens behandling vid blåscancer rekommenderas inte införas i rutinsjukvård. Vid individuella undantag från behandlingen finansieras dessa inom förvaltningens ordinarie budget efter sedvanlig prioritering.

- **Cyramza (ramucirumab) vid metastaserad ventrikel- eller cardiacancer av adenocarcinomttyp i kombination med, eller utan, paklitaxel efter progress på första linjens 5-Fu/platina**

I VGRs prioriteringsmodell har balansen effekt/risk resulterat i rangordning 3 trots att behandlingen avser en sjukdom med mycket hög svårighetsgrad. Effekten av behandlingen bedöms som liten. Bedömningen bygger på två randomiserade kontrollerade studier. Cyramza (ramucirumab) jämfört med placebo ökade totalöverlevnaden med 1,4 månader (5,2 jämfört med 3,8 månader). Ramucirumab i kombination med paklitaxel gav en ökad totalöverlevnad på 2,2 månader jämfört med placebo plus paklitaxel (9,6 månader jämfört med 7,4). Kombinationen ramucirumab+paklitaxel verkar vara mer påfrestande än singelbehandling med paklitaxel, och ingen positiv effekt av ramucirumab på livskvalitet är visad.

NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Cyramza vid den aktuella indikationen. Cyramza rekommenderas inte införas i rutinsjukvård i VGR. Vid individuella undantag från behandlingen finansieras dessa inom förvaltningens ordinarie budget efter sedvanlig prioritering.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

8 (12)

Nedan listas de fem läkemedelsnomineringar där beslut om ordnat införande skjuts upp i väntan på nationella underlag. De underlag som inväntas är huvudsakligen rekommendationer från NT-rådet och/eller underlag från myndigheter, t ex förmånsbeslut och hälsoekonomiska kunskapsunderlag från TLV.

Handelsnamn (substans)	Indikation	Motivering
Wakix (pitolisant)	Narkolepsi	Förmånsbeslut från TLV och rekommendation från NT-rådet inväntas
Procysbi (cysteamin merkaptaminbitartrat)	Nefropatisk cystinos	Förmånsbeslut från TLV och rekommendation från NT-rådet inväntas
Lutathera (117Lu oxodotreotid)	Neuroendokrina tumörer	Rekommendation från NT-rådet inväntas
Onivyde (liposomalt irinotekan)	Pankreascancer	Rekommendation från NT-rådet inväntas
Cabometyx (cabozantinib)	Njurcellscancer, 2: linjen	Förmånsbeslut från TLV inväntas

Nya metoder och kunskapsunderlag

En metod, fyra kunskapsunderlag och en studie nominerades av medicinska sektorsråd och verksamheter för ordnat införande i rutinsjukvård i regionen. En metod, två kunskapsunderlag och en studie bedömdes inte uppfylla kriterierna för att ingå i etappen.

Två kunskapsunderlag föreslås ingå i etapp 1 2018 med introduktionsfinansiering:

- **RMR Svår tandvårdsrädsla**

Utgår från HTA-rapport för tandvårdsrädsla, SBU:s rekommendationer för fobi samt nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Indikation: Svår tandvårdsrädsla/fobi hos vuxna där behandlingen är kognitiv beteendeterapi (KBT). Samordnat omhändertagande av leg. psykolog/leg. psykoterapeut med KBT-inriktning psykolog och tandläkare.

Sjukdomens svårighetsgrad: Konsekvenserna av fobin, som grund till svår tandvårdsrädsla, kan variera stort där de allvarligaste konsekvenserna kan innebära svår sjuklighet med en mycket negativ påverkan på livskvalitén. Konsekvenser är ångest och oro kopplad till kontakten med tandvården.

Effekt: KBT rekommenderas i nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom med prioriteringsnivå 1-2.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

9 (12)

Risk med behandlingen: Ingen risk.

Evidens: Begränsad evidens för att beteendeterapi ger en signifikant och kliniskt relevant minskning av tandvårdsångest, både på kort och lång sikt, samt ökar acceptans av tandvårdsbehandling jämfört med ingen behandling alls eller att behandla patienten under anestesi. KBT rekommenderas även i nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom med prioriteringsnivå 1-2.

Beräknad tillkommande merkostnad per år vid introduktion:

Tillkommande kostnader år 1

- Psykolog eller psykoterapeut 0.5 åa x 3	1 000 tkr
- Internutbildning, nätverk, marknadsföring	150 tkr

Tillkommande kostnader år 2

- Psykolog eller psykoterapeut 0.5 åa x 3	1 000 tkr
- Internutbildning, nätverk, marknadsföring	100 tkr

Kostnaderna kommer att fördelas över 3 år med tanke på att helårseffekt inte uppnås under 2018. Kostnaden under introduktionsperioden är en puckelkostnad. Fortsatt finansiering för den utökade psykologresursen kommer efter introduktionsperioden att ske via ersättning inom ramen för S-10 tandvård (Socialstyrelsen). En förväntad minskning av tandbehandling under narkos samt antal uteblivna besök kommer också att sänka kostnaderna.

Berörda förvaltningar:

Folktandvårdens universitetskliniker i Göteborg erbjuder redan idag KBT-behandling av svår tandvårdsrädsla. För att uppnå jämlik vård föreslås behandling på ytterligare tre specialistkliniker i regionen; SÄS, NU och SKAS.

Uppföljning

Årlig uppföljning görs av tandvårdsenheten på Koncernstab hälso- och sjukvård avseende antal patienter med svår tandvårdsrädsla/fobi diagnosticerade med ICD-10 avseende F40.2 Specifik fobi, F41.0 Paniksyndrom.

Uppföljning av behandlingseffekt sker genom standardiserad mätning av tandvårdsrädslan före och efter behandling, vårduppföljning avseende tandvårdskontakter och hälsoutveckling. Den behandlande kliniken följer upp behandlingseffekter direkt efter behandling samt efter 1 och 2 år och rapporterar sammanställda kvalitetsresultat till tandvårdsenheten på Koncernstab hälso- och sjukvård.

- **RMR Livmoderhalscancer**

Tillämpning av nationellt vårdprogram för utredning och behandling av livmoderhalscancer.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

10 (12)

Indikation: Behandling av livmoderhalscancer.

Metod: Utökat antal behandlingar med avancerad brachyterapi, en form av radioterapi där en strålkälla placeras inuti eller intill det område som ska behandlas. Infört i VGR sedan 2010. Behöver nu utökas med kombinerad intrauterin och interstitiell behandling för att följa nationellt vårdprogram.

Sjukdomens svårighetsgrad: Mycket hög

Effekt: Med effekt avses olika mått på överlevnad. Det saknas kontrollerade studier, och ingen regelrätt jämförelse med historiska kontroller görs heller i publicerade studier. Enligt Pötter 2011 var *overall survival* (OS) 74% för IB, 78% för IIB, 45% för IIIB (klinisk stadiindelning enligt FIGO).

Motsvarande siffror från INCA (VGR 2011-2014) är svåra att jämföra med pga olika populationer, bl.a. ingår IB1 som är en tidig cancer som opereras med god överlevnad, medan IB2 är > 4cm och strålas och har en sämre prognos. Utifrån en grov jämförelse av publicerade data med MR-guided brachyterapi mot standard behandling inom VGR, tycks överlevnaden vara jämförbar i IB2 och IIB, samt bättre med MR-guided brachyterapi i IIIB.

Risk med behandlingen: Låg

Med risk kan avses de komplikationer som orsakas av strålbehandlingen. I Kircheiner 2014 redovisas *vaginal morbidity* efter MR-guided brachyterapi enligt en skala efter 2 år med 3,6% som har en grade ≥ 3 morbiditet. Det kan historiskt jämföras med en annan men liknande skala vid 3 år, där grade ≥ 3 förekom i 30 %. Således förelåg en stor reduktion i allvarliga symptom men förutsättningar var inte riktigt jämförbara avseende skalor och tidpunkt för mätning. Den lättaste graden ≥ 1 var vanligt förekommande (89%) efter MR-guided brachyterapi och uppträdde i de flesta fall inom 6 månader. Rent strålningsfysikaliskt har man kunnat påvisa en förbättrad *target definition* (max stråldos till tumören och min stråldos till omgivande vävnad/organ) (Mohamed 2015), vilket överensstämmer med den kliniska bilden av färre svåra biverkningar.

Effekt och risk kan sammanfattas i utfallsmåttet Livskvalitet. Kircheiner 2014 redovisar att hos patienter som genomgått MR-guided brachyterapi, var funktion och generell livskvalitet försämrade vid baseline (innan behandling), men förbättrades efter 6 månader till en nivå jämförbar med en referenspopulation. Även tumör-relaterade symptom (smärta, aptitlöshet, förstopning) förbättrades efter behandling men behandlingsrelaterade symptom (diarré, menopaus symptom, perifer neuropati, sexuella besvär) uppstod gradvis och persisterade. Jämförelser med andra livskvalitet studier efter annan behandling är svåra på grund av heterogena populationer.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

11 (12)

Evidens: Hittills baseras det vetenskapliga underlaget på okontrollerade studier. Då behandlingen är lovande (överlevnad kan vara likvärdig eller bättre, medan svåra strålskador kan vara mindre vanliga) och sjukdomens svårighetsgrad mycket hög, kommer förutsättningarna för att göra prospektiva kontrollerade studier på denna patientgrupp inte finnas. Senare publikationer kommer från EMBRACE (<https://www.embracestudy.dk/>), ett internationellt forskningssamarbete för att samla patientgruppen som genomgår MR-guided brachyterapi i ett prospektivt protokoll, redovisa resultat från stora serier och därmed förbättra det vetenskapliga underlaget för behandlingen. Samtliga kliniker som startar MR-guided brachyterapi borde ansluta sig till EMBRACE och inkludera patienter.

Beräknad tillkommande merkostnad per år vid introduktion:

Avancerad brachyterapi medför ökning av vårdtillfällen i slutenvård, behov av nya brachyinstrument, längre tidsåtgång per tillfälle och utökat behov av anestesipersonal, brachyterapeuter, fysiker, MRT och assisterande personal. Introduktionsfinansiering föreslås med 1,7 mnkr/år under 2 år.

Kostnadseffektivitet: Ingen vetenskaplig evidens om kostnad i relation till nytta av metoden finns tillgänglig. Seneffekter som vaginal inflammation, torrhet, blödningar samt urin- och avföringsförträngningar har påvisats minska efter avancerad brachyterapi. Patienternas hälsorelaterade livskvalitet vad gäller generell hälsa och funktion har påvisats återgå till samma nivå som åldersmatchade kvinnor i normalbefolkningen, dock upplever patienterna mer behandlingsspecifika symtom så som diarré, menopausala symtom, sexuella problem, dyspné och lymfödem. De positiva patienteffekterna med minskade seneffekter, ökad överlevnad och förbättrad hälsorelaterad livskvalitet kan dock inte ställas i relation till kostnaderna i nuläget.

Berörda förvaltningar: SU

Uppföljning:

Uppföljning av antalet behandlade patienter.

Uppföljning av behandlingseffekt görs via INCA, nationellt kvalitetsregister för cancersjukdomar.

En metod, två kunskapsunderlag och en studie bedömdes inte uppfylla kriterierna för att ingå i etappen.

- Enheten för BäckencancerRehabilitering
Indikation: Samtliga följsjukdomar och följdtilstånd efter cancerbehandling i bäckenet.
Inte en ny metod.
- Regionuppdrag Lungcancer
Metoder: PET-DT, EBUS, multidisciplinära konferenser.
Handlar om volymökning.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

12 (12)

- RMR Maligna astrocytära och oligodendrogliala tumörer i CNS
Tillämpning av nationellt vårdprogram.
Indikation: Primära maligna tumörer i CNS.
Merkostnaden understiger 1mnkr/år eftersom flera av analyserna anses vara införda sedan tidigare.
- Radiologisk uppföljning av malignt melanom med hög risk för recidiv (TRIM-studien)
Indikation: Enhetlig uppföljningsstrategi av patienter med lymfkörtelmetastaser.
Vetenskaplig studie, hanteras inte inom ramen för ordnat införande.

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

Västra Götalandsregionen Koncernkontoret

Handläggare: Anna Wallman, Anna Lindhé
Telefon: 0700-82 46 70, 0703-93 08 37
E-post: anna.wallman@vgregion.se,
anna.lindhe@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till ordnat införande 2018, etapp 1.
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regiongemensam introduktionsfinansiering av utbildningskostnader till regionens fem hudmottagningar inom ramen för Mobil teledermatoskopi med 520 000 kr under första halvåret 2018.
3. Regiongemensam introduktionsfinansiering av prioriterade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag med upp till 29,1 mnkr 2018 tas ur hälso- och sjukvårdsstyrelsens utvecklingsanslag.
4. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2019 beslutas i samband med lämplig etapp av ordnat införande 2018.
5. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2020 beslutas i samband med lämplig etapp av ordnat införande 2019.

Sammanfattning av ärendet

Program- och prioriteringsrådet har utarbetat ett förslag till ordnat införande 2018 etapp 1. I etappen föreslås att 12 nya läkemedelsterapier/metoder/kunskapsunderlag prioriteras för ordnat införande med regiongemensam introduktionsfinansiering med upp till 29,1 mnkr 2018, 55,3 mnkr 2019 samt 33,1 mnkr 2020.

För läkemedelsbehandlingar som NT-rådet rekommenderar landstingen att använda men som inte prioriteras i regionens process för ordnat införande har Program- och prioriteringsrådet tagit fram rekommendationer om förhållningssätt.

I förslaget ingår introduktionsfinansiering av utbildningskostnader till regionens fem hudmottagningar inom ramen för Mobil teledermatoskopi med 520 tkr under första halvåret 2018.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

2 (6)

Fördjupad beskrivning av ärendet

Bakgrund

Nya metoder inom medicin och diagnostik ska underställas ett ordnat införande när de har en större ekonomisk betydelse och i regionens budget har medel för introduktionsfinansiering avsatts. Syftet är att utveckla hälso- och sjukvården genom att på ett strukturerat sätt ta till vara innovationer och implementera ny kunskap. Regionens Program- och prioriteringsråd (PPR) har, som en del av sitt uppdrag, att utarbeta ett förslag där, efter analys och prioritering, nya läkemedel och medicinska metoder med god patientnytta föreslås implementeras i rutinsjukvård i regionen. Beslut om ordnat införande innebär att särskild introduktionsfinansiering avsätts för att ge förutsättningar för ett effektivt och jämnt införande. Det ordnade införandet omfattar även en regional plan för implementering samt uppföljning. Från och med 2018 planeras beslut om ordnat införande fattas tre gånger per år.

Förslag etapp 1 2018

Utgångspunkt för PPR:s arbete med processen för ordnat införande är den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som beslutats av riksdagen. Grundläggande etiska principer är; människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Regionens rangordningsmodell bygger på det arbetssätt som Socialstyrelsen tillämpar vid framtagandet av nationella riktlinjer.

Förslaget utgår ifrån nomineringar från verksamheter, medicinska sektorsråd och terapigrupper som inkommit till etapp 1 2018 samt aktuella nationella och regionala medicinska kunskapsunderlag. PPR har med hjälp av två beredningsgrupper, en för läkemedel och en för metoder och kunskapsunderlag, utarbetat ett samlat förslag.

Sedan 2015 finns en nationell samverkansmodell för läkemedel. Landstingens samverkan omfattar framtagande av gemensamma underlag, avtal med läkemedelsföretag samt rekommendationer från NT(Nya Terapier)-rådet till landstingen om ordnat införande av nya läkemedel.

Till etappen nominerades 24 nya läkemedelsterapier, metoder och kunskapsunderlag. Av dessa föreslås ett ordnat införande med introduktionsfinansiering för 12 enligt tabellen nedan. De utgör de läkemedel, metoder och kunskapsunderlag som fått prioritet 1 och 2 enligt modellen för rangordning.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

3 (6)

Tabell 1. Läkemedel, metoder och kunskapsunderlag som prioriteras för introduktionsfinansiering.

Läkemedel/metod/kunskapsunderlag	Prio	Introduktionsfinansiering, mnkr		
		2018	2019	2020 jan-juni
Läkemedel				
Jardiance (diabetes typ 2 och hjärt-, kärlsjukdom)	2	6,9	17,1	12,4
Repatha (höga blodfetter, specifika patientgrupper)*	2			
Cinquaero (svår astma)*, **	2	-	-	-
Tagrisso (icke-småcellig lungcancer)*	2			
Tecentriq (icke-småcellig lungcancer, 2:a linjen)*, **	2	-	-	-
Opdivo + Yervoy (malignt melanom)*	2			
Keytruda (blåscancer, 2:a linjen)*	2			
Opdivo (huvud-, halscancer)*	2			
Kisqali (bröstcancer)*, **	2	-	-	-
Lartruvo (mjukdelssarkom)	2	3,8	5,7	3,4
Kunskapsunderlag				
RMR Svår tandvårdsrädsla	***	0,5	1,1	0,6
RMR Livmoderhalscancer	***	0,8	1,7	0,9
Mobil teledermatoskopi		0,5	-	-
Summa:		29,1	55,3	33,1

*) Läkemedelskostnader enligt avtal är konfidentiella. Beräkning av kostnader enligt avtal är baserade på antaganden om utfall av användningen vilket innebär en osäkerhet. Utfallet under hela introduktionsperioden är även beroende av framtida förhandlingar och avtalsvillkor.

**) Finansieras via medel avsatta i tidigare etapp.

***) Tillämpning av nationella riktlinjer/nationellt vårdprogram. Rangordning ej gjord.

De fyra nomineringar som erhållit prioritet 3 har i en samlad bedömning fått en relativt lägre prioritet och föreslås för närvarande inte omfattas av ordnat införande i rutinsjukvård med introduktionsfinansiering.

Åtta nomineringar bedöms ej uppfylla kriterier för att ingå i ordnat införande etapp 1 2018.

Bland läkemedelsbehandlingar som inte prioriteras återfinns fyra läkemedel som NT-rådet rekommenderar landstingen att använda i vissa situationer, Praluent, Opdivo (andra linjens behandling vid blåscancer), Keytruda (första linjens behandling vid blåscancer) samt Cyramza. I ”Handlingsplan kopplat till utvecklingen av Västra Götalandsregionens modell för ordnat införande” (HS 2016-00744) tydliggörs att i de fall en läkemedelsbehandling som rekommenderas av NT-rådet inte prioriteras i regionens process för ordnat införande ska PPR utfärda en rekommendation om behandling kan införas eller om den inte bör införas tillsammans med en motivering kring varför den skiljer sig från NT-rådets. Rekommendationer för de aktuella läkemedlen ges i tabell nedan. Ett eventuellt införanden av behandlingarna finansieras inom förvaltningens ordinarie budget efter sedvanlig prioritering.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

4 (6)

Tabell 2. PPR:s rekommendationer om förhållningssätt till läkemedelsbehandlingar som rekommenderas av NT-rådet men inte prioriteras i VGR:s process för ordnat införande.

NT-rådet rekommendation till landstingen är:	PPR rekommenderar verksamheterna i VGR	Motivering utifrån VGR:s prioriteringsmodell för ordnat införande
-att använda Praluent eller Repatha som tilläggsbehandling för patienter i sekundär-prevention efter hjärtinfarkt som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har kvarstående LDL-kolesterol på 4,0 mmol/l eller högre. - att använda Repatha för patienter med homozygot familjär hyperkolesterolemi - att använda Praluent eller Repatha vid behandling av patienter som får eller är aktuella för LDL-afäres.	- att använda Repatha enligt NT-rådets rekommendation. Introduktionsfinansiering utgår med undantag för behandling av patienter som får eller är aktuella för LDL-afäres. - att avstå från att använda Praluent i rutinsjukvård. Introduktionsfinansiering utgår inte.	Behandling till patienter som får eller är aktuella för LDL-afäres omfattas inte av introduktionsfinansiering eftersom studier saknas för den specifika patientgruppen samt att kostnader för LDL-afäres bortfaller. I dagsläget är det vetenskapliga underlaget för Praluent för prevention av hjärt-kärlkomplikationer i de nominerade grupperna svagare.
- att Keytruda eller Tecentriq kan användas i första hand och Opdivo kan övervägas i andra hand vid behandling i andra linjen av urotelial cancer hos vuxna som tidigare behandlats med platinabaserad kemoterapi.	-att använda Keytruda i enlighet med NT-rådets rekommendation. Introduktionsfinansiering utgår. - att avstå från att använda Opdivo i rutinsjukvård vid den aktuella indikationen. Introduktionsfinansiering utgår inte.	Det vetenskapliga underlaget för Opdivo bedöms otillräckligt. I den nominerade patientpopulationen finns endast en okontrollerad studie. Tecentriq, vid aktuell indikation, har inte nominerats eller bedömts i VGR:s process.
- att Keytruda eller Tecentriq kan användas vid behandling i första linjen av lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer hos vuxna som inte är lämpade för cisplatinbaserad kemoterapi.	-att avstå från att använda Keytruda i rutinsjukvård vid den aktuella indikationen. Introduktionsfinansiering utgår inte.	Det vetenskapliga underlaget för Keytruda vid den aktuella indikationen bedöms otillräckligt eftersom det inte finns någon kontrollerad studie i den nominerade populationen. Tecentriq, vid aktuell indikation, har inte nominerats eller bedömts i VGR:s process.
-att använda Cyramza vid behandling av avancerad magsäckscancer eller adenokarcinom i gastroesofageala övergången	- att avstå från att använda Cyramza i rutinsjukvård vid den aktuella indikationen.	Effekten av behandlingen bedöms som liten. Bedömningen bygger på två randomiserade kontrollerade studier där behandling med Cyramza gav en ökad totalöverlevnad på ca 2 månader.

Sammanfattning av analys och motivering till rangordning av samtliga nominerade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag återfinns i bilaga 1.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

5 (6)

Förlängning av Mobil teledermatoskopi

Projekt Mobil teledermatoskopi finansierades via ordnat införande under 2015-2017. Metoden bygger på att bilder på hudförändringar tas vid patientbesök i primärvård och bifogas remiss till hudmottagning för bedömning och prioritering av patientens vårdbehov. Introduktionsfinansieringen omfattade, förutom projektledning och IT-kostnader, även 5 000 kr per vårdcentral inom Närhälsan samt 5 000 kr per anslutande vårdcentral till regionens hudmottagningar.

Med anledning av ett förnyat uppdrag från Programstyrgrupp Objekt huvudprocess vård försenades införandet och utbetalningarna under 2017. Utbetalningarna till regionens hudmottagningar betalades inte ut alls eftersom förseningen innebär att de öronmärkta utbildningspengarna inte skulle komma till nytta. Nytt förslag innebär att introduktionsfinansiering för utbildningskostnader till regionens fem hudmottagningar istället utgår under första halvåret 2018. Utbildningarna är nödvändiga för att med hög träffsäkerhet kunna bedöma en inkommande remiss och därmed kunna prioritera patientens vårdbehov.

Finansiering

Regiongemensam finansiering av introduktionen av ovan redovisade läkemedel/indikationer, metoder och kunskapsunderlag föreslås ske under drygt 2 år, till och med juni 2020 om inget annat anges. Förslaget inkluderar finansiering av utbildningskostnader inom ramen för Mobil teledermatoskopi med 520 000 kr under första halvåret 2018. De tillkommande kostnaderna för förslaget beräknas uppgå till 29,1 mnkr 2018, 55,3 mnkr 2019 samt 33,1 mnkr 2020 med utgångspunkt från förväntade aktuella patientvolymen.

Ordnat införande med regiongemensam introduktionsfinansiering syftar till att underlätta ett likvärdigt införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag i rutinsjukvård i regionen. Det ordnade införandet innebär både en möjlighet och ett åtagande för utförarförvaltningarna, en möjlighet att få stöd för introduktionen och ett åtagande att föra in de nya läkemedlen, metoderna och kunskapsunderlagen i den redovisade omfattningen.

Införandet kommer att följas upp fortlöpande. Introduktionsfinansieringen utbetalas i efterhand mot avrop.

Efter att introduktionsfinansieringen upphör tas finansieringsansvaret för de prioriterade läkemedlen, metoderna och kunskapsunderlagen över gemensamt av beställare och utförare i arbetet med vårdöverenskommelser och andra vårdavtal. Det är möjligt att ovan prioriterade åtgärder medför ett större/mindre finansieringsbehov i vårdöverenskommelserna/vårdavtalen än det beräknade beloppet.

Genomförande av beslut

Förvaltningarna ansvarar för genomförande av införande enligt beslut. En regional implementerings- och uppföljningsplan kommer att tas fram i samverkan med berörda verksamheter, grupper i kunskapsorganisationen samt Koncernstab hälso- och sjukvård.

Datum 2018-02-20
Diarienummer HS 2017-00947

6 (6)

Beredning

Förslaget bygger på nomineringar från verksamheter samt medicinska sektorsråd och terapigrupper i regionen samt aktuella kunskapsunderlag som presenterats i PPR. PPR har utarbetat ett samlat förslag till ordnat införande 2018 etapp 1. Förslaget har stämts av i hälso- och sjukvårdsdirektörens ledningsgrupp.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Claes Jönsson
Avdelningschef

Bilaga

- Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2018, etapp 1

Besluten skickas till

För genomförande:

- Hälso- och sjukvårdsförvaltningar

För kännedom

- Program- och prioriteringsrådet, medicinska sektorsråd, Regionalt cancercentrum, läkemedelskommittén och terapigrupper
- Claes Jönsson
- Anders Carlqvist
- Jan Kilhamn
- Karin Fröjd
- Anna Wallman
- Anna Lindhé
- Leena Ekberg

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 7 mars 2018 07:33
Till: Regionstyrelsen; Marie Andreasson Röllgårdh; Maria Telemo Taube; HSN Göteborg FB; HSN Norra FB; HSN Södra FB; HSN Västra FB; HSN Östra FB; AL Alingsåsstyrelse; Anna Eriksson; Frölundaspecialistsjukhus; KS/FSS Styrelsen FB; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 28 februari 2018 - Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 februari 2018 - Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhu....pdf; Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - r....pdf; Rapport Sjukvård i Västra Götalandsregionen – Med fokus på sjukhusbasera....pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28 februari. Protokollat är justerat och anslaget.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

§ 49

Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag

Diarienummer HS 2018-00095

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnderna att omhänderta rapportens åtgärdsförslag i vårdöverenskommelserna för 2019.
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen översänder rapporten till berörda sjukhusstyrelser som underlag för kvalitetsarbetet.
3. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen föreslår att regionstyrelsen samordnar genomförandet av rapportens åtgärdsförslag för verksamheterna som bedrivs i egen regi och återrappporterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att följa utvecklingen inom utpekade förbättringsområden och återrappoterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni och december 2018.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 31 maj 2017, § 145, beslutat om handlingsplan 2017-2018 för i omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Enligt handlingsplanen ska regionen, med utgångspunkt i Öppna jämförelser/Vården i siffror, återuppta en årlig uppföljning av resultaten och ta fram en årlig åtgärdsplan kring de områden där regionen som helhet inte presterar tillräckligt hög kvalitet jämfört med riket i övrigt. Detta är även en av aktiviteterna kopplat till fokusområdet *samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser* i hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget för 2018.

Rapporten *Sjukvård i Västra Götalandsregionen, Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med förbättringsförslag* beskriver framförallt den sjukhusbaserade vården i Västra Götalandsregionen, hur resultaten är i jämförelse mot riksgenomsnittet och rekommenderade målnivåer. Resultat och åtgärdsförslag redovisas på VGR-övergripande nivå men även separat för de olika sjukhusen. Även om 82 procent av indikatorerna för VGR inte säkert är sämre än riket, är det fler indikatorer som är sämre än riket än vad som är bättre. Inom flera områden finns också stora inomregionala skillnader. Ser man däremot till de enskilda sjukhusen i VGR är resultaten för sju av nio sjukhus bättre än riket. Förslag till åtgärder presenteras i rapporten där arbetet med de föreslagna åtgärderna behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation.

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

Beredning

De fackliga organisationerna har informerats enligt **MBL § 19** den 26 februari 2018.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2018-02-13
- Rapport Sjukvård i Västra Götalandsregionen – Med fokus på sjukhusbaserad vård

Skickas till

- Ann Söderström
- Marie Röllgårdh

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-02-13

Diarienummer HS 2018-00095

Västra Götalandsregionen**Koncernkontoret**

Handläggare: Maria Telemo Taube

Telefon: 0709 – 20 60 90

E-post: maria.taube@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnderna att omhänderta rapportens åtgärdsförslag i vårdöverenskommelserna för 2019.
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen översänder rapporten till berörda sjukhusstyrelser som underlag för kvalitetsarbetet.
3. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen föreslår att regionstyrelsen samordnar genomförandet av rapportens åtgärdsförslag för verksamheterna som bedrivs i egen regi och återrappporterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att följa utvecklingen inom utpekade förbättringsområden och återrappportera till hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni och december 2018.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 31 maj 2017, § 145, beslutat om handlingsplan 2017-2018 för i omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Enligt handlingsplanen ska regionen, med utgångspunkt i Öppna jämförelser/Vården i siffror, återuppta en årlig uppföljning av resultaten och ta fram en årlig åtgärdsplan kring de områden där regionen som helhet inte presterar tillräckligt hög kvalitet jämfört med riket i övrigt. Detta är även en av aktiviteterna kopplat till fokusområdet *samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser* i hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget för 2018.

Rapporten *Sjukvård i Västra Götalandsregionen, Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med förbättringsförslag* beskriver framförallt den sjukhusbaserade vården i Västra Götalandsregionen, hur resultaten är i jämförelse mot riksgenomsnittet och rekommenderade målnivåer. Resultat och åtgärdsförslag redovisas på VGR-övergripande nivå men även separat för de olika sjukhusen. Även om 82 procent av indikatorerna för VGR inte säkert är sämre än riket, är det fler indikatorer som är sämre än riket än vad som är bättre. Inom flera områden finns också stora inomregionala skillnader. Ser man däremot till de

Datum 2018-02-13
Diarienummer HS 2018-00095

2 (3)

enskilda sjukhusen i VGR är resultaten för sju av nio sjukhus bättre än riket. Förslag till åtgärder presenteras i rapporten där arbetet med de föreslagna åtgärderna behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Rapporten är beställd 2017 av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen. Syftet med rapporten är att granska hur sjukvården i Västra Götalandsregionen förhåller sig vid en jämförelse mot riksgenomsnittet. Sammanställningen bygger i huvudsak på de resultat som redovisas i Verksamhetsanalys 2017, vilket betyder att tyngdpunkten är mot den sjukhusbaserade vården även om vissa områden också innefattar primärvård. Syftet är således att jämföra alla sjukhusresultat från Västra Götalandsregionen (VGR) mot riket, för att se inom vilka områden VGR har resultat som är bättre respektive sämre än riksgenomsnittet. Vi har också inkluderat hur sjukhusen når de mål som presenteras i Kvartalen, och de tillgänglighetsproblem som lyfts fram i Vårdbehovsanalyserna. Resultaten avser i huvudsak år 2016, men även uppföljning av operationer och behandling där efterkontroll är gjord 2016.

Syftet med rapporten är att lyfta fram de områden som är klart sämre än riksgenomsnittet eller Västra Götalandsregionens fastställda mål. De rekommendationer vi lyfter fram baseras på avvikelserna i sig men också på den kunskap om verksamheterna vi inhämtat i samband med kvalitetscontrolling. Den medicinska kvaliteten i sjukvården i Västra Götalandsregionen (VGR) har analyserats genom att sammanställa resultat från avsnittet medicinsk kvalitet i Verksamhetsanalys 2017, Kvartalen fram till andra kvartalet 2017, tillgänglighet enligt vårdbehovsanalyserna hösten 2017 och controllingrapporterna hösten 2017. Analyserna domineras således av resultat från de offentliga sjukhusen i VGR.

Resultat och förslag på åtgärder presenteras först på VGR-övergripande nivå, därefter följer sammanställning för varje enskilt sjukhus. De åtgärder som föreslås på VGR-övergripande nivå är ofta av den arten att sektorsråden behöver vara involverade och driva frågorna medan de mer sjukhusspecifika förbättringsförslagen behöver handläggas på sjukhus- och förvaltningsnivå. Även Hälso- och sjukvårdsnämnderna behöver vara delaktiga i förbättringsarbetet då rapporten är ett komplement till Vårdbehovsanalysen och de bygger båda i stora delar på samma underlag.

De föreslagna förbättringsområdena på VGR-övergripande nivå har valts där inget eller få sjukhus i VGR når rekommenderade mål, eller av att resultaten uppvisar en stor spridning inom VGR. Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika har dock valts då vi vill stimulera sjukhusen i VGR att arbeta för att nå de nya rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot livsviktiga antibiotika. Försämrade tillgänglighet till besök och behandling är ett ökande problem i VGR, och kanske den viktigaste orsaken till att VGR ofta hamnar lågt i nationella jämförelser där både kvalitet och tillgänglighet vägs samman. Tillgänglighetsproblemen är dock inte unisona, tillgängligheten kan vara god inom vissa områden och sämre inom andra. Skillnader ses också mellan olika

Datum 2018-02-13
Diarienummer HS 2018-00095

3 (3)

sjukhus och behandlande enheter, varför arbetet med att förbättra tillgängligheten behöver utgå dels från de enskilda sjukhusförvaltningarna men också vara VGR-övergripande då orsakerna till problemen kan behöva angripas på ett övergripande plan.

Den fullständiga rapporten bifogas som bilaga.

Föreslagna förbättringsåtgärder av övergripande karaktär

- Kranskärslröntgen inom 72 timmar vid icke ST-höjningsinfarkt – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Förbättrad strokesjukvård vid NU-sjukvården
- Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika
- Fotundersökning vid diabetes
- Förbättrad behandling av benskörhet efter benskörhetsfraktur
- Ökad tillgänglighet inom flera områden till första besök och operation/åtgärd

Genomförande av beslutet

Arbetet med de förslag till åtgärder som presenteras i rapporten behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation. Kunskapsorganisationen har en viktig roll i omhändertagandet av åtgärdsförslagen och ska arbeta för att förbättra kvalitetsutfallet.

Beredning

Information enligt **MBL § 19** kommer att ske den 26 februari 2018.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Marie Röllgårdh
Avdelningschef

Bilaga

- Rapport Sjukvård i Västra Götalandsregionen – Med fokus på sjukhusbaserad vård

Besluten skickas till

- Ann Söderström
- Marie Röllgårdh

Koncernavdelning Data och analys

Västra Götalandsregionen

2018-01-09

Sjukvård i Västra Götalandsregionen

Med fokus på sjukhusbaserad vård

Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med
förbättringsförslag



Förord

Rapporten är beställd av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen. Syftet är att granska hur sjukvården i Västra Götalandsregionen förhåller sig vid en jämförelse mot riksgenomsnittet. Sammanställningen bygger i huvudsak på de resultat som redovisas i Verksamhetsanalys 2017, vilket betyder att tyngdpunkten är mot den sjukhusbaserade vården även om vissa områden också innefattar primärvård. Syftet är således att jämföra alla sjukhusresultat från Västra Götalandsregionen (VGR) mot riket, för att se inom vilka områden VGR har resultat som är bättre respektive sämre än riksgenomsnittet. Vi har också inkluderat hur sjukhusen når de mål som presenteras i Kvartalen, och de tillgänglighetsproblem som lyfts fram i Vårdbehovsanalyserna.

Resultaten avser i huvudsak år 2016, men även uppföljning av operationer och behandling där efterkontroll är gjord 2016.

Syftet med rapporten är inte att beskriva varje del av sjukvården utan lyfta fram de områden som är klart sämre än riksgenomsnittet eller Västra Götalandsregionens fastställda mål. De rekommendationer vi lyfter fram baseras på avvikelserna i sig men också på den kunskap om verksamheterna vi inhämtat i samband med kvalitetscontrolling.

Författare till rapporten är

Bill Hesselmar, Regionläkare

Maria Telemo Taube, Regionläkare

Anna Norman Kjellström, Epidemiolog

Innehåll

Sammanfattning	8
Viktiga förbättringsåtgärder i VGR	8
Sjukvården i Västra Götalandsregionen	9
Medicinsk kvalitet – jämförelse mot riket	9
Spridning i resultat och måluppfyllnad.....	11
Tillgänglighet.....	12
Indikatorer på VGR-nivå som negativt avviker från riket eller rekommenderad målnivå.....	13
Metod för urval av förbättringsområden.....	14
Tabell 1. Indikatorer på VGR-nivå	15
Tabell 2. Spridning i resultat och måluppfyllnad inom VGR.....	20
Alingsås lasarett (AL)	22
Rekommendationer AL.....	23
Diabetessjukvården	23
Hjärtinfarktvård.....	23
Strokesjukvård	23
Ortopedi	23
Väntetider och ledtider.....	23
Resultat AL	24
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	24
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	24
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	24
Från controllingrapporter november 2017	24
Tabell 3. Indikatorer för Alingsås lasarett	26
Angereds Närsjukhus (ANS)	28
Rekommendationer ANS	29
Diabetessjukvården	29
Resultat ANS.....	29

Resultat från Verksamhetsanalys 2017	29
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	29
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	29
Från controllingrapporter november 2017	29
Tabell 4. Indikatorer Angereds Närsjukhus	30
Capio Lundby sjukhus.....	31
Rekommendationer Capio Lundby sjukhus	32
Diabetessjukvården	32
Metod Capio Lundby sjukhus	32
Resultat.....	33
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	33
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	33
Tabell 5. Indikatorer Capio Lundby sjukhus	33
Frölunda specialistsjukhus (FSS)	34
Rekommendationer FSS	35
Gallkirurgi.....	35
Resultat FSS.....	35
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	35
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	35
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	35
Från controllingrapporter november 2017	36
Tabell 6. Indikatorer för Frölunda specialistsjukhus	36
Kungälvss sjukhus (KS)	37
Rekommendationer KS	38
Hjärtinfarktvård.....	38
Psykiatri	38
Ortopedi	38

Väntetider och ledtider	38
Resultat KS	39
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	39
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	39
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	40
Från controllingrapporter november 2017	40
Tabell 7. Indikatorer Kungälv's sjukhus	41
NU-sjukvården (NU)	43
Rekommendationer NU	44
Diabetessjukvård barn.....	44
Diabetessjukvård vuxna	44
Graviditet och förlossning.....	44
Hjärtinfarktvård.....	44
Gallkirurgi.....	44
Kärlkirurgi.....	44
Obesitaskirurgi	44
Strokesjukvård	44
fortsättning NU	45
Ortopedi	45
Ögonsjukvård.....	45
Väntetider och ledtider.....	45
Resultat NU.....	46
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	46
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	47
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	47
Från controllingrapporter november 2017	47
Tabell 8. Indikatorer NU-sjukvården	49
Skaraborgs sjukhus (SkaS)	54

Rekommendationer SkaS	55
Diabetessjukvård - barn	55
Graviditet och förlossning.....	55
Hjärtinfarktvård.....	55
Intensivvård.....	55
Gynekologisk kirurgi	55
Strokesjukvård	56
Ortopedi	56
Väntetider och ledtider.....	56
Resultat SkaS	57
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	57
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	58
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	58
Från controllingrapporter november 2017	58
Tabell 9. Indikatorer Skaraborgs sjukhus	60
Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU).....	68
Rekommendationer SU	69
Antibiotika och vårdrelaterade infektioner	69
Diabetesvård.....	69
Hjärtinfarktvård.....	69
Intensivvård.....	69
Gynekologisk kirurgi	70
Gallkirurgi	70
Obesitaskirurgi	70
Strokesjukvård	70
Ortopedi	71
Väntetider och ledtider	71
Resultat SU	72
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	72

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	73
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	73
Från controllingrapporter november 2017	73
Tabell 10. Indikatorer Sahlgrenska universitetssjukhuset.....	75
Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)	83
Rekommendationer SÄS.....	84
Diabetessjukvården	84
Graviditet och förlossning.....	84
Hjärtinfarktvård.....	84
Intensivvård.....	84
Gallkirurgi.....	84
Kärlkirurgi.....	84
Strokesjukvård	85
Njursjukvård.....	85
Psykiatri	85
Ortopedi	85
Ögonsjukvård	85
Väntetider och ledtider.....	85
Resultat SÄS	86
Resultat från Verksamhetsanalys 2017	86
Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.....	87
Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017.....	87
Från controllingrapporter november 2017	87
Tabell 11. Indikatorer för Södra Älvsborgs sjukhus	88

Sammanfattning

Den medicinska kvaliteten i sjukvården i Västra Götalandsregionen (VGR) har analyserats genom att sammanställa resultat från avsnittet medicinsk kvalitet i Verksamhetsanalys 2017, Kvartalen fram till andra kvartalet 2017, tillgänglighet enligt vårdbehovsanalyserna hösten 2017 och controllingrapporterna hösten 2017. Analyserna domineras således av resultat från de offentliga sjukhusen i VGR,

Resultaten presenteras först på VGR-övergripande nivå, därefter följer resultaten för varje enskilt sjukhus.

De föreslagna förbättringsområdena i faktaruta [Viktiga förbättringsåtgärder i VGR](#) har valts då inget eller få sjukhus i VGR når rekommenderade mål, eller av att resultaten uppvisar en [stor spridning inom VGR](#). Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika har valts då vi vill stimulera sjukhusen i VGR att arbeta för att nå de nya rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot livsviktiga antibiotika. Försämrade tillgänglighet till besök och behandling är ett ökande problem i VGR, och kanske den viktigaste orsaken till att VGR ofta hamnar lågt i nationella jämförelser där både kvalitet och tillgänglighet vägs samman. Tillgänglighetsproblemen är dock inte unisona, tillgängligheten kan vara god inom vissa områden och sämre inom andra. Skillnader ses också mellan olika sjukhus och behandlande enheter, varför arbetet med att förbättra tillgängligheten behöver utgå dels från de enskilda sjukhusförvaltningarna men också vara VGR-övergripande då orsakerna till problemen kan behöva angripas på ett övergripande plan.

Viktiga förbättringsåtgärder i VGR

- Kranskärlsröntgen inom 72 timmar vid icke ST-höjningsinfarkt – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Förbättrad strokesjukvård vid NU-sjukvården
- Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika
- Fotundersökning vid diabetes
- Förbättrad behandling av benskörhet efter benskörhetsfraktur
- Ökad tillgänglighet inom flera områden till första besök och operation/åtgärd

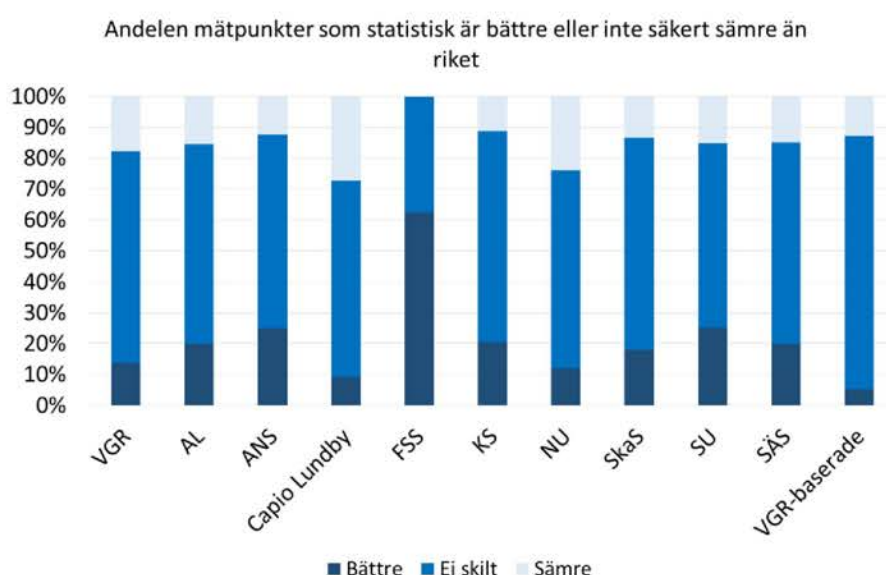
Sjukvården i Västra Götalandsregionen

Medicinsk kvalitet – jämförelse mot riket

Vid en statistisk jämförelse testas om resultatet för en specifik indikator med statistisk säkerhet skiljer sig från riksgenomsnittet. Figur 1 visar hur resultaten för VGR och sjukhusen i VGR skiljer sig mot riksgenomsnittet. Resultaten innefattar enbart indikatorer från avsnittet medicinsk kvalitet i Verksamhetsanalys 2017. Vid mörkblå stapel är resultatet för VGR bättre än riksgenomsnittet, vid mellanblå stapel ser vi inte någon säker skillnad och vid ljusblå stapel är resultatet för VGR sämre än riksgenomsnittet.

Figur 1. Kvaliteten på sjukvården i Västra Götaland när 123 av 132 indikatorer på VGR-nivå, redovisade i Verksamhetsanalys 2017, jämförs mot riksgenomsnittet.

VGR-baserade = redovisas enbart på VGR-nivå, ej per sjukhus.



Målet är således att andelen mörkblå och mellanblå indikatorer skall vara så stor som möjligt, men också att det bör vara fler bättre (mörkblå) än sämre (ljusblå) indikatorer.

För VGR ingår 132 unika indikatorer, där 123 av dessa kan jämföras statistiskt mot riksgenomsnittet (tabell 1). Totalt är 82 % av indikatorerna bättre eller inte säkert skilt från riksgenomsnittet, vilket är bra. Men andelen som är sämre (ljusblå) är högre än den som är bättre (mörkblå) vilket betyder att det sammantagna resultatet för VGR hamnar under riksgenomsnittet.

Ser man till de offentligt finansierade sjukhusen i VGR är deras resultat i allmänhet bättre än det sammantagna resultatet för VGR. För Alingsås lasarett (AL), Angereds Närsjukhus (ANS), Frölunda specialistsjukhus (FSS) Kungälv's sjukhus (KS), Skaraborgs sjukhus (SkaS), Sahlgrenska sjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) är resultaten bättre än riksgenomsnittet då andelen indikatorer med statistiskt bättre resultat (mörkblå)

är fler än andelen med statistiskt sämre resultat (ljusblå). Vid NU-sjukvården och Capio Lundby är andelen indikatorer sämre än riket (ljusblå) fler än andelen som är bättre (mörkblå).

Att det sammantagna resultatet för VGR är sämre än förväntat utifrån sjukhusens resultat beror bland annat på de VGR-baserade indikatorerna. Det är indikatorer som bara redovisas på VGR-nivå, ej för de enskilda sjukhusen. Dit hör till exempel multidisciplinära konferenser vid cancerbehandling. Men det sammantagna VGR-resultatet påverkas också av resultat som genomgående är sämre på flera av sjukhusen, även om skillnaden inte är statistiskt säker på sjukhusnivå. Likaså påverkas ofta det sammanvägda VGR-resultatet negativt om det finns stora inomregionala skillnader.

I listan [indikatorer på VGR-nivå som avviker från riket eller rekommenderad målnivå](#) visas de indikatorer, från avsnittet medicinsk kvalitet i Verksamhetsanalys 2017, som identifierats som avvikande. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#). De viktigaste av dessa, tillsammans med resultat från Kvartalen (till och med andra kvartalet 2017) och tillgänglighetsdata från Vårdbehovsanalysen, listat i faktaruta [Viktiga förbättringsåtgärder i VGR](#). Det är områden som oftast behöver handläggas på såväl förvaltningsnivå som regionnivå.

I [tabell 1](#) visas komplett indikatorlista på VGR-nivå.

Spridning i resultat och måluppfyllnad

I figur 2 visas spridning i resultat och måluppfyllnad inom VGR för fem indikatorer som lyfts fram i Viktiga förbättringsåtgärder i VGR. En komplett förteckning finns i tabell 2.

För kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningshjärtinfarkt är spridningen i måluppfyllnad mellan sjukhusen i VGR mycket stor, endast SU-Sahlgrenska nådde rekommenderat mål (85 %). Vid två av sjukhusen var det bara cirka 30 procent av patienterna som 2016 gjorde undersökningen inom rekommenderad tid.

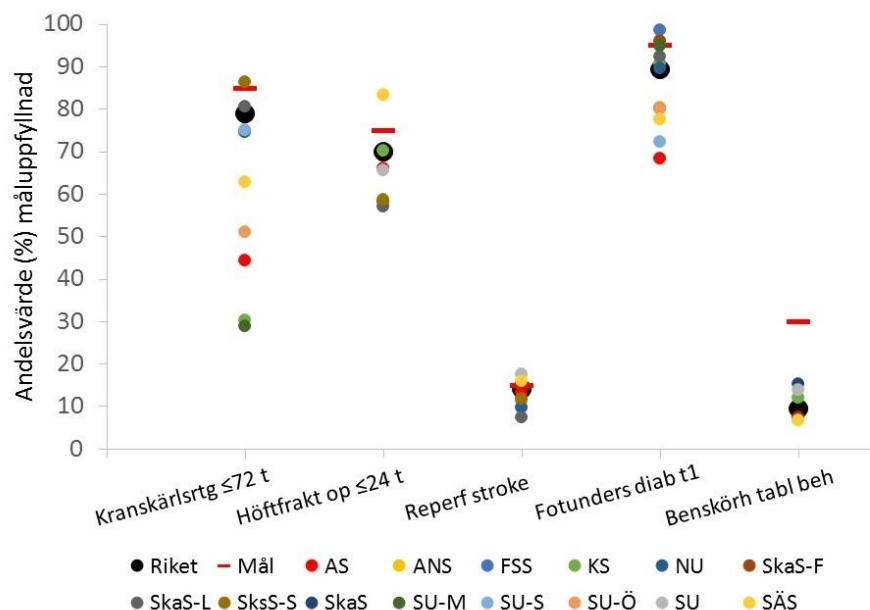
En akut höftfraktur ska i de flesta fall opereras inom 24 timmar, annars ökar risken för komplikationer. Endast ett sjukhus nådde 2016 rekommenderat mål (75 %). Spridningen var relativt stor mellan de övriga sjukhusen där inte heller tidsserier visar någon större förbättring de senaste åren.

Vid stroke är det mycket viktigt att patienten snabbt kommer till vård, att blodcirkulationen till hjärnan när det är möjligt återställs (reperfusion) och att vården redan från början sker på strokeavdelning. I diagrammet har vi valt att visa indikatorn reperfusion vid stroke, som markör för de förbättringar av strokesjukvården som föreslagits vid framförallt NU-sjukvården.

Fotundersökning vid diabetes görs av flera skäl, inte minst för att förebygga framtida komplikationer. Jämfört med riket är vi i VGR generellt dåliga på fotundersökningar, såväl vid typ 1 som typ 2-diabetes, och spridningen inom VGR är dessvärre stor.

Benskörhet drabbar framförallt kvinnor efter menopaus. Upptäcks och behandlas benskörheten i tid minskar risken för frakturer. Behandling kan ske med såväl tabletter som med injektioner, där injektionsbehandlingarna blivit allt vanligare. I diagrammet visas endast andelen som får tablettbehandling då vi i våra register och administrativa system ännu inte kan fånga den intravenösa behandlingen. Även om det finns en osäkerhet i redovisade siffror är sannolikt alltför få behandlade och vi befärar att spridningen inom regionen är stor också för den intravenösa behandlingen.

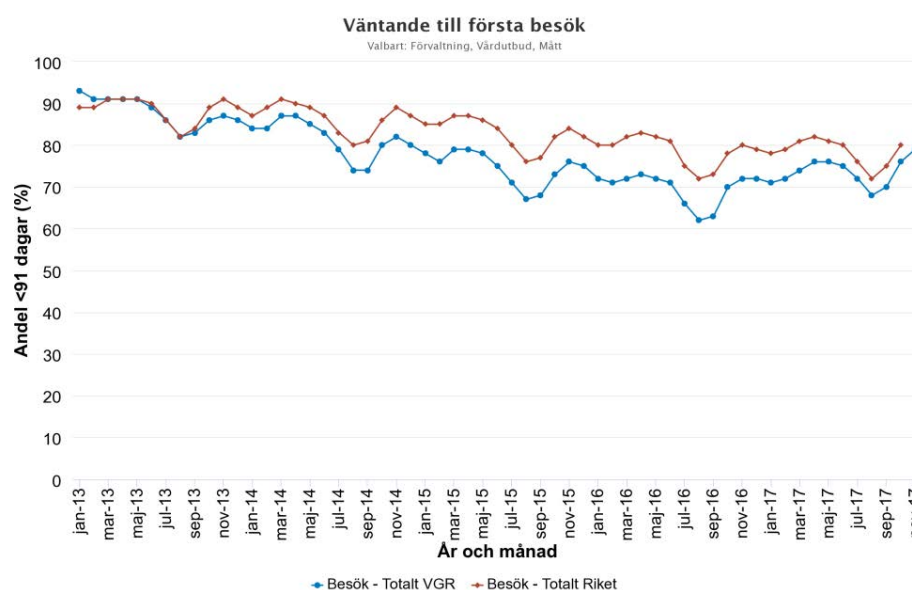
Figur 2. Spridning av måluppfyllnad inom VGR för fem av de utvalda indikatorerna



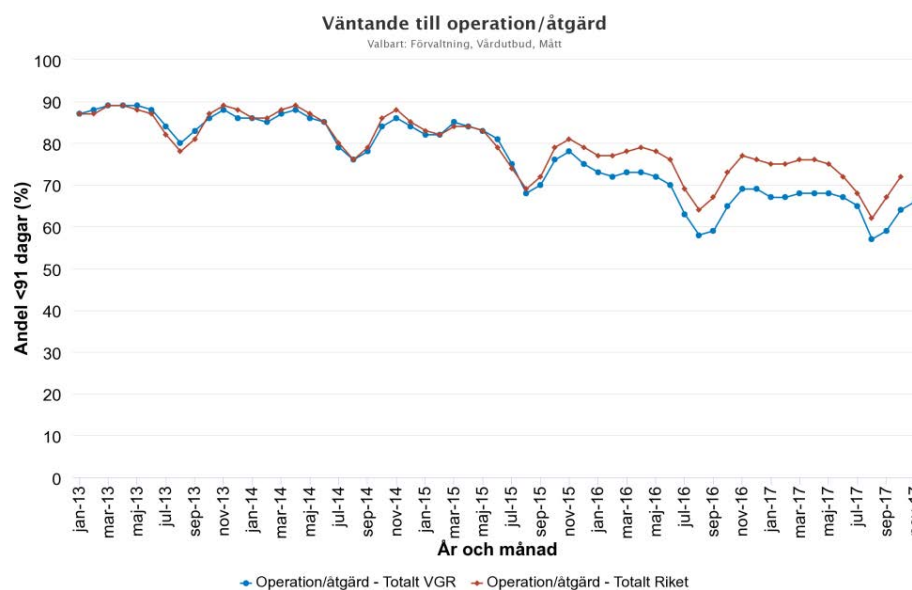
Tillgänglighet

Sjunkande tillgängligheten är ett problem i VGR där vissa områden är mer drabbade än andra. Figur 3a och 3b visar tillgänglighet på VGR-nivå. Dessvärre är tillgängligheten i VGR inte bara sämre än i riket, tillgängligheten för såväl första besök som operation/åtgärd har också försämrats över tid.

Figur 3a. Väntande till första besök.



Figur 3b. Väntande till operation/åtgärd.



Indikatorer på VGR-nivå som negativt avviker från riket eller rekommenderad målnivå

- Andel för tidigt födda barn med intracerebral blödning (IVH)
- Andel för tidigt födda barn med retionopati (ROP)
- Bröstcancer, tid till behandling
- Bröstcancer, 5-årsöverlevnad
- Malignt melanom, multidisciplinär konferens (MDK)
- Lungcancer, multidisciplinär konferens (MDK)
- Cancer i urinblåsan, multidisciplinär konferens (MDK)
- Diabetes typ 1, fotundersökning
- Diabetes typ 2, ögonundersökning
- Diabetes typ 2, fotundersökning
- Diabetes typ 2, kontroll av albumin i urin
- Hjärtinfarkt, andel med icke ST-höjningsinfarkt som gör kranskärlsröntgen inom 72 timmar
- Hjärtinfarkt, andel som når mål för blodtryck 12-14 månader efter insjuknandet
- Gynekologi, framfallsoperation i dagkirurgi
- Gynekologi, andel som anger att de är komplikationsfria två månader efter operationen
- Gallkirurgi, andel som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi
- Obesitaskirurgi, andel med minskad övervikt ett år efter ingreppet
- Stroke, andel som får blodtryckssänkande behandling
- Psykiatri, andel med svår depression som behandlas med elektrokonvulsiv terapi (ECT)
- Psykiatri, andel som depressionsskattas efter ECT
- Psykiatri, läkemedelsgenomgång vid psykossjukdom
- Psykiatri, användande av skattningsskala vid ADHD
- Ortopedi, andel med höftfraktur opererade inom 24 timmar
- Höftprotes, implantatöverlevnad 10 år
- Ögonsjukvård, tillgänglighet till kataraktkirurgi, mätt som synskärpa vid tid för operation
- Kirurgi, andel kvinnor som opereras med preperitoneal teknik vid ljumskbråck (data från Kvartalen, 12-månadersperioden som slutar med andra kvartalet 2017).
- Väntetid på akutmottagning, tid till läkare inom en timma (data från Kvartalen, 12-månadersperioden som slutar med andra kvartalet 2017).
- Ambulans, tid för utryckning. Andel Prio 1 uppdrag där första ambulansenhet är på plats inom 20 minuter från besvarat anrop och bekräftat vårdbehov (data från Kvartalen, 12-månadersperioden som slutar med andra kvartalet 2017).
- Sjuktransport, punktlighet. Andel förbeställda liggande sjuktransporter som kommer i tid till avlämningsplats (data från Kvartalen, 12-månadersperioden som slutar med andra kvartalet 2017).

Metod för urval av förbättringsområden

Den medicinska kvaliteten har mätts med 132 indikatorer för VGR och mellan 10 och 160 indikatorer/mätpunkter för de olika sjukhusen, baserade på de resultat som är visade i avsnittet medicinsk kvalitet, Verksamhetsanalys 2017 <http://analys.vgregion.se/2017/>.

Avvikelser från riksgenomsnittet presenteras i tabellerna på tre sätt: avvikelser som är statistiskt sämre än riket, avvikelser som vid rankning får sämre resultat än riket och avvikelser som skiljer 20 procent eller mer från riksgenomsnittet.

Kvartalen visar hur varje förvaltning och sjukhus når regionalt fastställda mål. I denna sammanställning redovisas indikatorer där måluppfyllnad klart avviker, dvs. ”röda” indikatorer. Se <http://www.registercentrum.se/sv/kvartalen> för definition.

Faktaunderlag, Vårdbehov 2017, för respektive Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN). Härifrån hämtas utvalda delar som ej fångas i datauttag från Verksamhetsanalysen eller Kvartalen enligt ovan.

Från controllingmötesrapporter redovisas de åtgärder som förvaltningarna och sjukhusen vidtagit eller planerat för att förbättra resultaten.

Vår rekommendation baseras på en syntes av avvikelsernas storlek, hur utvecklingen varit över tid och vilka planer och åtgärder som redan är vidtagna eller planerade. Däremot värderar vi inte de enskilda avvikelserna mot varandra. Det kan således finnas avvikelser och kvalitetsbrister som ur medicinsk synvinkel är mer betydelsefulla att åtgärda även om deras avvikelse mot riksgenomsnittet eller målnivån är mindre än de vi lyft fram.

Förklaringar tabellrubriker

Indikator	Den indikator som redovisas i Verksamhetsanalys 2017
Sort	Sort på värdet, t ex. procent, dagar etc.
Riktning	Om högt eller lågt värde skall eftersträvas
Värde	Värde för VGR resp. aktuellt sjukhus, vanligen avses år 2016
Statistik	Om värdet statistiskt skiljer sig från riksgenomsnittet
Rankning	Om värdet är bättre eller sämre än riksgenomsnittet, oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej
Diff riket enhet	Antal procentenheter som värdet avviker från riksgenomsnittet
Diff riket proc	Antal procent som värdet avviker från riksgenomsnittet

Tabell 1. Indikatorer på VGR-nivå

Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket-enhet	Diff riket proc
BVC/Vaccination (D/S/P)	%	högt	97,3	97,5	ej skilt	sämre	-0,2	-0,2
BVC/Vaccination (Pneum)	%	högt	96,4	96,6	ej skilt	sämre	-0,2	-0,2
BVC/Vaccination (MPR)	%	högt	96,9	96,7	ej skilt	bättre	0,2	0,2
BVCVaccination(TBC)	%	högt	91,4	91,4		samma	0	0,0
Astma/barn AKT>19	%	högt	81	74,9		bättre	6,1	8,1
Astma/Barn Normal lungf	%	högt	65,5	74,2		sämre	-8,7	-11,7
CP/Barn Sjukgymn bed	%	högt	83	86	ej skilt	sämre	-3	-3,5
CP/Barn God sträckförmåga knä	%	högt	87	89	ej skilt	sämre	-2	-2,2
Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	55,6	54,9	ej skilt	bättre	0,7	1,3
Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	89	88,5	ej skilt	bättre	0,5	0,6
Diab/Barn kontr BT	%	högt	69,2	70,3	ej skilt	sämre	-1,1	-1,6
Diab/Barn ögonfoto	%	högt	76,2	72,2	ej skilt	bättre	4	5,5
Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	55,5	50,6	bättre	bättre	4,9	9,7
Amning/Barn neo	%	högt	72,7	67,7	bättre	bättre	5	7,4
IVH/Barn neo	%	lågt	10,8	8,8	ej skilt	sämre	-2	-22,7
BPD/Barn neo	%	lågt	66,9	69,9	ej skilt	bättre	3	4,3
ROP/Barn neo	%	lågt	29,8	23,3	ej skilt	sämre	-6,5	-27,9
VRI/Barn neo	%	lågt	1,41	1,24	ej skilt	sämre	-0,17	-13,7
CA/Bröst MDK	%	högt	99,7	98,4	bättre	bättre	1,3	1,3
CA/Bröst väntetid till beh	dgr	lågt	27	19	ej skilt	sämre		-42,1
CA/Bröst 5-årsöverl	%	högt	86,9	89,8	sämre	sämre	-2,9	-3,2
CA/Melanom MDK	%	högt	12	48,7	sämre	sämre	-36,7	-75,4
CA/Melanom väntetid till beh	dgr	lågt	59	58	ej skilt	sämre		-1,7
CA/Melanom 5-årsöverl	%	högt	92,9	92	ej skilt	bättre	0,9	1,0

CA/Lung MDK	%	högt	58,8	76,3	sämre	sämre	-17,5	-22,9
CA/Lung väntetid till beh	dgr	lågt	61	54	ej skilt	sämre		-13,0
CA/Lung 5-årsöverl	%	högt	21,1	23,2	ej skilt	sämre	-2,1	-9,1
CA/Tjocktarm MDK	%	högt	82,4	84,2	ej skilt	sämre	-1,8	-2,1
CA/Tjocktarm väntetid till beh	dgr	lågt	36	35	ej skilt	sämre		-2,9
CA/Tjocktarm 5-årsöverl	%	högt	64,3	65,7	ej skilt	sämre	-1,4	-2,1
CA/Ändtarm MDK	%	högt	97,7	97,2	ej skilt	bättre	0,5	0,5
CA/Ändtarm väntetid till beh	dgr	lågt	51	49	ej skilt	sämre		-4,1
CA/Ändtarm 5-årsöverl	%	högt	67,8	65,8	ej skilt	bättre	2	3,0
CA/Äggstock MDK	%	högt	100	97,5	ej skilt	bättre	2,5	2,6
CA/Äggstock väntetid till op	dgr	lågt	14	13	ej skilt	sämre		-7,7
CA/Äggstock 5-årsöverl	%	högt	47,2	48,7	ej skilt	sämre	-1,5	-3,1
CA/Njur MDK	%	högt	59,3	69,9	ej skilt	sämre	-10,6	-15,2
CA/Njur väntetid till beh	dgr	lågt	69	63,5	ej skilt	sämre		-8,7
CA/Njur 5-årsöverlevnad	%	högt	64,5	65,1	ej skilt	sämre	-0,6	-0,9
CA/Urinblåsa MDK	%	högt	53	70,5	sämre	sämre	-17,5	-24,8
CA/Urinblåsa väntetid till beh	dgr	lågt	100	87	ej skilt	sämre		-14,9
CA/Urinblåsa 5-årsöverlevnad	%	högt	77,3	76,3	ej skilt	bättre	1	1,3
CA/Prost hög risk, MDK	%	högt	74,4	75,9	ej skilt	sämre	-1,5	-2,0
CA/Prost hög risk, väntetid till beh	dgr	lågt	97,5	100,8	ej skilt	bättre		3,3
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	29,9	21,2	bättre	bättre	8,7	41,0
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	17,2	20,2	bättre	bättre	3	14,9
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	93,5	92,7	ej skilt	bättre	0,8	0,9
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	77,4	74,7	bättre	bättre	2,7	3,6
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	57,2	55,6	ej skilt	bättre	1,6	2,9
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	96,2	95,1	bättre	bättre	1,1	1,2

Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	82,4	89,3	sämre	sämre	-6,9	-7,7
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	93,6	80,9	bättre	bättre	12,7	15,7
Diab2/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	52,3	51,7	bättre	bättre	0,6	1,2
Diab2/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	10,8	10,5	ej skilt	sämre	-0,3	-2,9
Diab2/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	85,2	84,2	bättre	bättre	1	1,2
Diab2/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	55,3	53,8	bättre	bättre	1,5	2,8
Diab2/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	54,9	54,3	ej skilt	bättre	0,6	1,1
Diab2/Vuxna ögonunders	%	högt	86,8	90	sämre	sämre	-3,2	-3,6
Diab2/Vuxna fotunders	%	högt	82,4	86,8	sämre	sämre	-4,4	-5,1
Diab2/Vuxna kontr U-alb	%	högt	62,8	68,5	sämre	sämre	-5,7	-8,3
Grav/tobak v30-32	%	lågt	4	3,8	ej skilt	sämre	-0,2	-5,3
Grav/bristningar gr III-IV	%	lågt	4	5,3	bättre	bättre	1,3	24,5
Grav/Seccio	%	lågt	7,9	7,7	ej skilt	sämre	-0,2	-2,6
Grav/låg Apgar	%	lågt	1,4	1,4	ej skilt	samma	0	0,0
Hjärta/Reperf	%	högt	90,4	91,5	ej skilt	sämre	-1,1	-1,2
Hjärta/reperf i tid	%	högt	75,2	76,7	ej skilt	sämre	-1,5	-2,0
Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	90,9	91,2	ej skilt	sämre	-0,3	-0,3
Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	64,1	78,8	sämre	sämre	-14,7	-18,7
Hjärta/antikoag	%	högt	96,5	97	ej skilt	sämre	-0,5	-0,5
Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	91,7	90,8	ej skilt	bättre	0,9	1,0
Hjärta/BT	%	högt	72	77	sämre	sämre	-5	-6,5
Hjärta/Fys akt	%	högt	51,3	51,9	ej skilt	sämre	-0,6	-1,2
Hjärta/LDL-kol	%	högt	61,5	59,5	ej skilt	bättre	2	3,4
Hjärta/Rökstopp	%	högt	50,4	54	ej skilt	sämre	-3,6	-6,7
HIV/Viruskontroll	%	högt	94,8	94,2		bättre	0,6	0,6
IVA/SMR	index	lågt	0,64	0,61		sämre		-4,9
IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,31	2,25	ej skilt	sämre	-0,06	-2,7

Gyn/Framfall dagkir	%	högt	55,1	55,8	sämre	sämre	-0,7	-1,3
Gyn/framfall kompl fri	%	högt	60,7	65,5	sämre	sämre	-4,8	-7,3
Gyn/framfall symt fri	%	högt	72,7	74,1	ej skilt	sämre	-1,4	-1,9
Galla/miniinv	%	högt	95,9	95,9	ej skilt	samma	0	0,0
Galla/antib	%	lågt	18,9	13,7	sämre	sämre	-5,2	-38,0
Galla/kompl	%	lågt	3,2	3,7	ej skilt	bättre	0,5	13,5
Gyn/inkont kompl fri	%	högt	72,1	70,4	ej skilt	bättre	1,7	2,4
Gyn/inkont koninent	%	högt	62,5	66	ej skilt	sämre	-3,5	-5,3
Kärl/tid till op carotis	%	högt	81,2	82,4	ej skilt	sämre	-1,2	-1,5
Kärl/död vid op aorta	%	lågt	1,9	2,1	ej skilt	bättre	0,2	9,5
Kärl/död eller amp kärl ben	%	lågt	4,3	4,5	ej skilt	bättre	0,2	4,4
Bråck/ej omop	%	högt	96,6	97,3	ej skilt	sämre	-0,7	-0,7
Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	90,2	80,7	bättre	bättre	9,5	11,8
Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	62,5	54,5	bättre	bättre	8	14,7
Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	76	81	sämre	sämre	-5	-6,2
Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	81,2	82	ej skilt	sämre	-0,8	-1,0
Stroke/reperf	%	högt	14	14,1	ej skilt	sämre	-0,1	-0,7
Stroke/direktinskriv	%	högt	79,9	77,6	bättre	bättre	2,3	3,0
Stroke/test sväljförm	%	högt	88,5	87	ej skilt	bättre	1,5	1,7
Stroke/antikoag flimmer	%	högt	82	75,4	bättre	bättre	6,6	8,8
Stroke/Btsänkande	%	högt	76,9	79	sämre	sämre	-2,1	-2,7
Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	16,8	17,6	ej skilt	bättre	0,8	4,5
Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	55,3	57,3	ej skilt	sämre	-2	-3,5
Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	45,5	45,8	ej skilt	sämre	-0,3	-0,7
Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	59,7	60	ej skilt	sämre	-0,3	-0,5
Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	86,5	86,3	ej skilt	bättre	0,2	0,2
Stroke/TIA på strokeh	%	högt	79,8	81,4	ej skilt	sämre	-1,6	-2,0
MS/sjukdomsmod	%	högt	74	68		bättre	6	8,8

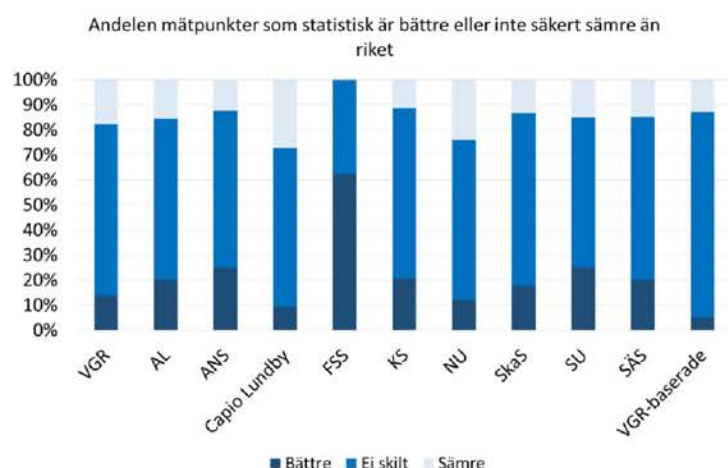
Njure/dialysdos	%	högt	75,2	74,4	ej skilt	bättre	0,8	1,1
Njure/kärlaccess	%	högt	68,8	71,2	ej skilt	sämre	-2,4	-3,4
Njure/Dialys i hemmet	%	högt	30,5	24,5	bättre	bättre	6	24,5
Psyk/Återfall aff skov	%	lågt	48,2	47,5	ej skilt	sämre	-0,7	-1,5
Psyk/ECT	%	högt	34,3	39,7	sämre	sämre	-5,4	-13,6
Psyk/depr skattning ECT	%	högt	44,4	55	sämre	sämre	-10,6	-19,3
Psyk/Läkemedelsgenomg psykos	%	högt	69	86,6		sämre	-17,6	-20,3
Rättspsyk/Högt BMI	%	lågt	38,1	43	ej skilt	bättre	4,9	11,4
Rättspsyk/Återfall brottsl gärn	%	lågt	11,9	11,5	ej skilt	sämre	-0,4	-3,5
Psyk/Ätstörning remission	%	högt	37	41	ej skilt	sämre	-4	-9,8
Psyk/skattn skala ADHD	%	högt	63	74,4	sämre	sämre	-11,4	-15,3
Ort/bisfosfonater	%	högt	11,3	9,5	ej skilt	bättre	1,8	18,9
Ort/återfraktur	antal	lågt	8594	9223	ej skilt	bättre		6,8
Ort/op 24 t	%	högt	65,5	70	sämre	sämre	-4,5	-6,4
Ort/v_tid op	tim	lågt	24,5	22,8	sämre	sämre		-7,5
Ort/åter eget boende	%	högt	73	68,5	ej skilt	bättre	4,5	6,6
Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	92,5	97,8	sämre	sämre	-5,3	-5,4
Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	1,9	2,2	ej skilt	Bättre	0,3	13,6
Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	86,7	88,3	ej skilt	sämre	-1,6	-1,8
Ort/Höftpr artrossk	%	högt	41,6	39,2	ej skilt	bättre	2,4	6,1
Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	96,3	96,2	ej skilt	bättre	0,1	0,1
Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt		1				
RA/Biol lkm	antal/inv	högt	163,5	174,1		sämre		-6,1
RA/Andel med förb	%	högt	64,5	64,1		bättre	0,4	0,6
Ryggkir/Diskb minsk smärta	%	högt	73,9	73,3	ej skilt	bättre	0,6	0,8
Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	58,5	57,4	ej skilt	bättre	1,1	1,9
Ögon/Katarakt syn vid op	%	lågt	20,1	16,9	sämre	sämre	-3,2	-18,9
Ögon/Katarakt synförb	%	högt	91,4	90,5	ej skilt	bättre	0,9	1,0

Tabell 2. Spridning i resultat och måluppfyllnad inom VGR

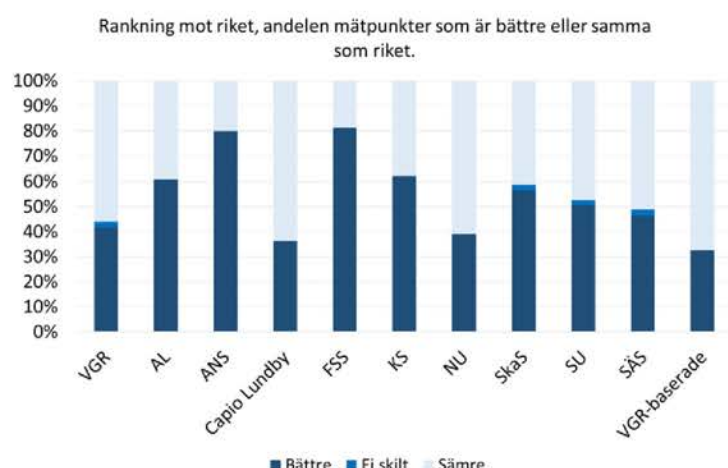
Indikator	Diff inom VGR procentenheter	Relativ differens inom VGR. Diff inom VGR/VGR-medelvärde
HIV/Viruskontroll	1,6	1,7
Ryggkir/Diskb minsk smärta	2,7	3,7
Bräck/ej omop	5,7	5,9
Hjärta/antikoag	6,3	6,5
Ögon/Katarakt synförb	6,5	7,1
Ob_kir/minsk vikt 2 år	6,8	8,4
Kärl/tid till op carotis	7,7	9,5
Ob_kir/uppf 1 år	9,1	10,1
Ort/Höftpr pat tillfr	8,9	10,3
Diab1/Vuxna ögonunders	10,3	10,7
Ort/Höftpr impl överl 1 år	10,5	10,9
Gyn/inkont kompl fri	9	12,5
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	12,4	13,3
Ort/Höftpr impl överl 10 år	13,9	15,0
Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	13,4	15,1
Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	13,5	15,6
Ort/åter eget boende	16,2	22,2
Stroke/test sväljförm	20	22,6
Hjärta/RAAS-hämmare	20,9	22,8
Psyk/ECT	7,9	23,0
Ob_kir/minsk vikt 1 år	17,6	23,2
Njure/kärlaccess	16,3	23,7
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	19	24,5
Hjärta/kransk rtg 30 dgr	22,6	24,9
Grav/Sectio	2	25,3
Hjärta/BT	19,9	27,6
Stroke/antikoag flimmer	22,7	27,7
Stroke/Btsänkande	21,4	27,8
Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	18	30,2
Hjärta/Reperf	30,8	34,1
Stroke/Stöd och hjälp 3 m	20	36,2
Diab1/Vuxna fotunders	30,1	36,5
Stroke/direktinskriv	30	37,5
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	21,8	38,1
Ort/op 24 t	26,3	40,2
Gyn/inkont koninent	26	41,6
Ort/Höftpr artrossk	18,4	44,2
Njure/dialysdos	33,9	45,1
Diab/Barn kontr BT	31,3	45,2

Ögon/Katarakt syn vid op	9,1	45,3
Gyn/framfall symt fri	33,3	45,8
Grav/låg Apgar	0,7	50,0
Stroke/TIA på strokenh	40,8	51,1
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	15,4	51,5
Galla/miniinv	50	52,1
Grav/bristningar gr III-IV	2,2	55,0
Hjärta/reperf i tid	41,7	55,5
Gyn/framfall kompl fri	34,8	57,3
Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	31,9	57,4
IVA/oplan återinskr	1,33	57,6
Grav/tobak v30-32	2,5	62,5
Diab/Barn ögonfoto	49,9	65,5
Diab1/Vuxna kontr U-alb	63,4	67,7
Ryggkir/Spin sten minsk smärta	73,6	125,8
Stroke/ADL-beroende 3 m	11,7	69,6
Stroke/reperf	10,2	72,9
Hjärta/LDL-kol	45,7	74,3
Kärl/död eller amp kärl ben	3,2	74,4
Ort/bisfosfonater	8,6	76,1
Stroke/Rökstopp 2015	37,3	82,0
Hjärta/Fys akt	45,8	89,3
Hjärta/kransk rtg 72 t	57,5	89,7
IVA/SMR	0,61	95,3
Hjärta/Rökstopp	48,6	96,4
Ob_kir/uppf 2 år	60,9	97,4
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	18,2	105,8
Diab/Barn kontr U-alb	62,7	113,0
Ort/Höftpr reop 2 år	2,6	136,8
Psyk/depr skattning ECT	68,3	153,8
VRI/Barn neo	2,21	156,7
Galla/kompl (planerad)	7	218,8 osäker registrering
Galla/antib (planerad)	65	343,9 osäker registrering

Alingsås lasarett (AL)



Figur 4. Alingsås lasarett (AL) visar goda resultat när de 46 indikatorerna jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 45 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 84 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Resultatet är högre än VGR-genomsnittet och bättre än riksgenomsnittet då andelen bättre (mörkblå) är fler än andelen sämre (ljusblå).



Figur 5. Visar hur samtliga 46 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Sextioen procent av indikatorerna är för Alingsås lasarett bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 %.

Även om resultaten för Alingsås lasarett är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer AL](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer AL

Diabetessjukvården

- Behandling av höga blodfetter (høgt LDL-kolesterol) behöver förbättras och här har sjukhuset redan påbörjat ett förbättringsarbete.
- Andelen diabetespatienter som gör fotundersökning varje år bör öka till att nå rekommenderad målnivå.

Hjärtinfarktvård

- Andelen som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar behöver öka. Frågan är i stora delar regional och behöver lösas på regional nivå.
- Andelen som når mål för LDL-kolesterol behöver öka.
- Andelen som slutar röka efter hjärtinfarkt behöver öka.

Strokesjukvård

- Andelen som slutar röka efter stroke behöver öka.

Ortopedi

- Andelen patienter med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar behöver öka. Sjukhuset har påbörjat ett förbättringsarbete i syfte att optimera varje del av processen men det kan vara svårt att stabilt nå mål innan nya renluftsalen är klar.
- Andelen som behandlas med bisfosfonater efter benskörhetsfraktur behöver öka. Troligen stämmer detta även om de siffror som redovisas i nuvarande system enbart baseras på receptförskrivna läkemedel. Rekvisitionsläkemedel fångas inte i nuvarande rapportering. Behandlingen av benskörhet har förändrats sista åren, där användandet av rekvisitionsläkemedel ökat kraftigt, varför det i nuläget är svårt att exakt uppskatta om alla som behöver sådan behandling numer får den.

Väntetider och ledtider

- Andel på akutmottagning som bedöms av läkare inom en timma behöver öka. Handlungsplan finns, men i vad mån åtgärderna kommer att påverka ledtider etc. är ännu för tidigt att säga.
- Andel som får första besök inom 90 dagar behöver öka inom urologin.

Resultat AL

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Fyra områden identifieras

- Diabetessjukvård
 - o andelen med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L lägre än i riket.
 - o andelen fotundersökta färre än i riket.
- Hjärtinfarktvård
 - o tid till reperfusion längre än i riket.
 - o andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar lägre än i riket.
 - o andel som efter 12-14 månader når mål för LDL-kolesterol lägre än i riket.
 - o andel som efter ett år slutat röka är lägre än i riket.
- Strokesjukvård
 - o andel som tre månader efter stroke-insjuknandet anger att de inte längre röker avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
- Ortopedi
 - o andel med benskörhetsfraktur som behandlas med receptförskrivna bisfosfonater avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
 - o höftprotes, implantatöverlevnad 10 år lägre än i riket.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Hjärtinfarktvård
 - o andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar (71,4 %) når ej mål (85 %).
- Ortopedi
 - o andel som opereras inom 24 timmar (62,5 %) når ej mål (75 %).
- Väntetid
 - o Andel som träffar läkare inom en timma (42,5 %) når ej mål (55 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Tid till första besök, låg andel inom urologin som når mål.

Från controllingrapporter november 2017

- Diabetes, andelen med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L lägre än i riket.
 - o Åtgärd: Handlingsplan är i drift där man med nya arbetssätt räknar med att nå klart bättre resultat utan att för den skull frångå lipidbehandling utifrån individuell risk.

- Hjärtinfarktvård, mål för tid till reperfusion.
 - Åtgärd: Mål nås för 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.
- Hjärtinfarktvård, andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar var 2016 lägre än i riket. Ej heller nås regionalt mål för 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.
 - Åtgärd: Frågan om kranskärlsröntgen inom 72 timmar är prioriterad inom sektorsrådet för kardiologi och Alingsås sjukhus är aktiva i detta arbete. SÄS kapacitet helger och jourtid är bekymret som ger förlängda tider.
- Ortopedi, andel med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar.
 - Åtgärd: Frågan om renluftsall ligger i nämnden för mindre verksamhetsdrivna investeringar. Elektiva och akuta proteser konkurrerar idag om samma op. sal vilket ger utmaningar i planeringar av operationsprogrammet. Inom verksamheten tittar man nu på hela kedjan från op-anmälan, förberedelser på avdelningen, antikoagulantia-pm etc. för att göra de förbättringar i processen som är möjliga med inspiration från arbetet på SÄS.
- Andel som bedöms av läkare inom en timma behöver öka.
 - Åtgärd: VGR:s akutmodell testas under två veckor. Goda erfarenheter av stream-team och i viss mån av ledningsläkare. En mer genomgripande analys av vad de olika delarna i VGR:s akutmodell gav skall göras efter avslutad test, så att vi vet hur vi skall gå vidare när testperioden är över.
 - Rekrytering av akutläkare pågår.
 - Sjukhusgemensam styrgrupp för akutvårdkedjan mycket gynnsamt för arbetet in mot huset.

Tabell 3. Indikatorer för Alingsås lasarett

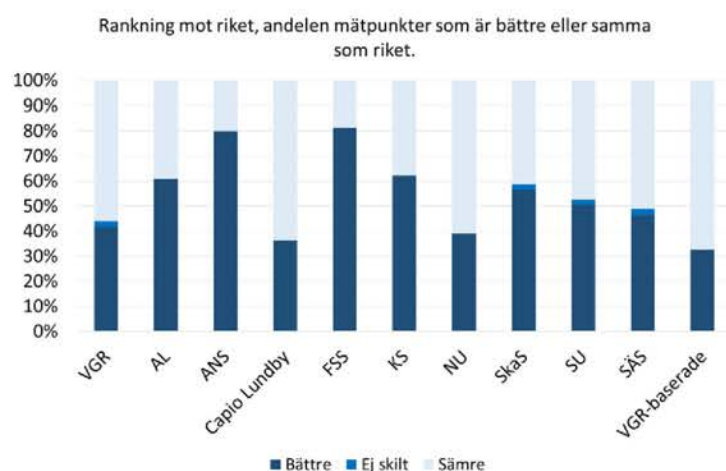
Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Stat. skilt	Rankning	Diff riket proc enhet	Diff riket procent
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	22,2	21,2	ej skilt	bättre	1	4,7
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/l	%	lågt	19,5	20,2	ej skilt	bättre	0,7	3,5
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	95,2	92,7	ej skilt	bättre	2,5	2,7
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	78,1	74,7	ej skilt	bättre	3,4	4,6
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	48,6	55,6	sämre	sämre	-7	-12,6
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	99,7	95,1	bättre	bättre	4,6	4,8
Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	68,4	89,3	sämre	sämre	-20,9	-23,4
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	100	80,9	bättre	bättre	19,1	23,6
Hjärta/Reperf	%	högt	100	91,5	bättre	bättre	8,5	9,3
Hjärta/reperf i tid	%	högt	50	76,7	sämre	sämre	-26,7	-34,8
Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	86	91,2	ej skilt	sämre	-5,2	-5,7
Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	44,2	78,8	sämre	sämre	-34,6	-43,9
Hjärta/antikoag	%	högt	100	97	bättre	bättre	3	3,1
Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	95,9	90,8	ej skilt	bättre	5,1	5,6
Hjärta/BT	%	högt	81,8	77	ej skilt	bättre	4,8	6,2
Hjärta/Fys akt	%	högt	64,7	51,9	ej skilt	bättre	12,8	24,7
Hjärta/LDL-kol	%	högt	29,3	59,5	sämre	sämre	-30,2	-50,8
Hjärta/Rökstopp	%	högt	21,4	54	sämre	sämre	-32,6	-60,4
IVA/SMR	index	lågt	0,59	0,61		bättre		3,3
IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,28	2,25	ej skilt	sämre	-0,03	-1,3
Gyn/framfall kompl fri	%	högt	78,9	65,5	ej skilt	bättre	13,4	20,5
Gyn/framfall symt fri	%	högt	100	74,1	ej skilt	bättre	25,9	35,0
Gyn/inkont kompl fri	%	högt	77,8	70,4	ej skilt	bättre	7,4	10,5

Gyn/inkont koninent	%	högt	72,7	66	ej skilt	bättre	6,7	10,2
Bråck/ej omop	%	högt	95,9	97,3	ej skilt	sämre	-1,4	-1,4
Stroke/reperf	%	högt	13,2	14,1	ej skilt	sämre	-0,9	-6,4
Stroke/direktinskriv	%	högt	90,5	77,6	bättre	bättre	12,9	16,6
Stroke/test sväljform	%	högt	100	87	bättre	bättre	13	14,9
Stroke/antikoag flimmer	%	högt	91,1	75,4	bättre	bättre	15,7	20,8
Stroke/Btsänkande	%	högt	82,9	79	ej skilt	bättre	3,9	4,9
Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	20,3	17,6	ej skilt	sämre	-2,7	-15,3
Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	63,6	57,3	ej skilt	bättre	6,3	11,0
Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	29,4	45,8	ej skilt	sämre	-16,4	-35,8
Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	68,1	60	ej skilt	bättre	8,1	13,5
Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	94,1	86,3	ej skilt	bättre	7,8	9,0
Stroke/TIA på strokenh	%	högt	90,2	81,4	ej skilt	bättre	8,8	10,8
Ort/bisfosfonater	%	högt	7,3	9,5	ej skilt	sämre	-2,2	-23,2
Ort/op 24 t	%	högt	65,9	70	ej skilt	sämre	-4,1	-5,9
Ort/v_tid op	tim	lågt	25,7	22,8	ej skilt	sämre		-12,7
Ort/åter eget boende	%	högt	69,1	68,5	ej skilt	bättre	0,6	0,9
Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	94,2	97,8	sämre	sämre	-3,6	-3,7
Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	1,7	2,2	ej skilt	bättre	0,5	22,7
Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	83,8	88,3	ej skilt	sämre	-4,5	-5,1
Ort/Höftpr artrossk	%	högt	52,5	39,2	bättre	bättre	13,3	33,9
Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	95,1	96,2	ej skilt	sämre	-1,1	-1,1
Ort/Knäprot revis risk	Rr	lågt	0,39	1	bättre	bättre		61,0

Angered's Närsjukhus (ANS)



Figur 6. Angered's Närsjukhus (ANS) visar goda resultat när de 10 indikatorerna i jämförelse mot riksgenomsnittet. Av de 8 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 88 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Resultatet är högre än VGR-genomsnittet, och bättre än riket då de bättre (mörkblå) är fler än de sämre (ljusblå).



Figur 7. Visar hur samtliga 10 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Åttio procent av indikatorerna är för Angered's Närsjukhus bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.

Resultaten för Angered's Närsjukhus är goda när man ser till de 10 indikatorer vi har att tillgå. Av dessa är det endast en som faller utanför denna rapport's strikta kvalitetskriterier. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer ANS](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer ANS

Diabetessjukvården

- Antalet diabetespatienter som gör fotundersökning varje år bör öka till att nå rekommenderad målnivå.

Resultat ANS

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Ett område identifieras

- Diabetessjukvård
 - andelen fotundersökta färre än i riket.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Inget område är rödmarkerat.

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Inget avvikande, nästan alla får första besök inom 3 månader.

Från controllingrapporter november 2017

- Inga rödmarkerade områden att diskutera.

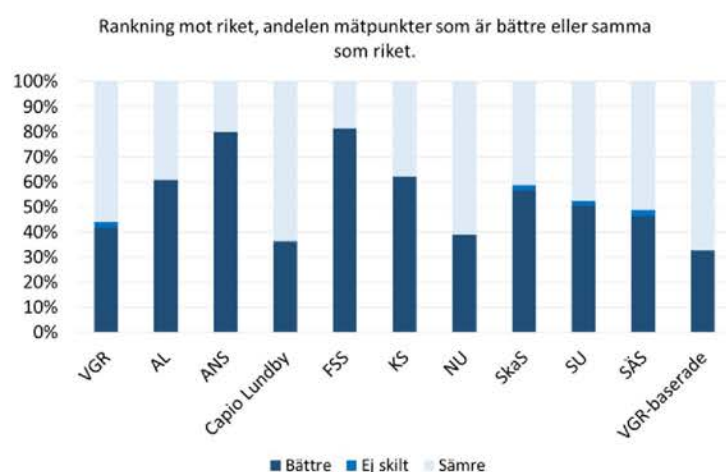
Tabell 4. Indikatorer Angereds Närsjukhus

Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	29,4	21,2	ej skilt	bättre	8,2	38,7
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	15,3	20,2	ej skilt	bättre	4,9	24,3
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	96,4	92,7	ej skilt	bättre	3,7	4,0
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	82,1	74,7	ej skilt	bättre	7,4	9,9
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	69,1	55,6	bättre	bättre	13,5	24,3
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	95,2	95,1	ej skilt	bättre	0,1	0,1
Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	80,3	89,3	sämre	sämre	-9	-10,1
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	92,9	80,9	bättre	bättre	12	14,8
Astma/barn AKT>19	%	högt	81	74,9		bättre	6,1	8,1
Astma/Barn Normal lungf	%	högt	49,1	59,7		sämre	-10,6	-17,8

Capio Lundby sjukhus



Figur 8. Capio Lundby sjukhus resultat baseras på 11 indikatorer som jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 11 indikatorerna är 73 % bättre eller ej säkert sämre än riksgenomsnittet. Andelen är lägre än VGR-genomsnittet, och lägre än riket då andelen bättre (mörkblå) är lägre än de sämre (ljusblå).



Figur 9. Visar hur samtliga 11 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Trettiosex procent av indikatorerna är för Capio Lundby sjukhus bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre än riksgenomsnittet.

Resultaten för Capio Lundby sjukhus är lägre än riksgenomsnittet varför det finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktabara [rekommendationer Capio Lundby sjukhus](#). Man skall dock ha i åtanke att resultatet baseras på få indikatorer. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas metod-avsnittet för [Capio Lundby sjukhus](#).

Rekommendationer Capio Lundby sjukhus

Diabetessjukvården

- Blodtrycksbehandlingen behöver förbättras så att fler når rekommenderade blodtrycksnivåer.
- Andelen patienter med diabetes som gör fotundersökning varje år bör öka.
- Behandlingen av höga blodfetter (högt LDL-kolesterol) behöver förbättras så att fler når rekommenderat mål.

Metod Capio Lundby sjukhus

Den medicinska kvaliteten vid Capio Lundby har mätts med 11 indikatorer, baserade på 2016 års resultat som de är visade i Verksamhetsanalys 2017 (tabell 5). Sjukhuset drivs i privat regi. Eftersom VGR endast genomför controlling på de offentligt drivna sjukhusen, har vi inga uppgifter om huruvida eventuella förbättringsåtgärder redan är vidtagna.

Avvikelser från riksgenomsnittet presenteras i tabellen på tre sätt, avvikelser som är statistiskt sämre än riket, avvikelser som vid rankning får sämre resultat än riket och avvikelser som skiljer 20 procent eller mer från riksgenomsnittet.

Kvartalen visar hur varje förvaltning och sjukhus när regionalt fastställda mål. I denna sammanställning redovisas indikatorer där måluppfyllnad klart avviker, dvs. ”röda” indikatorer.

Vår rekommendation baseras på resultat från verksamhetsanalys 2017 och de indikatorer i Kvartalen som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade mål. Det kan således finnas avvikelser och kvalitetsbrister som ur medicinsk synvinkel är betydelsefulla att åtgärda även om deras avvikelse mot riksgenomsnittet eller målnivån är mindre än de vi lyft fram.

Resultat

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Ett område identifieras

- Inom diabetessjukvården är
 - andelen med systoliskt blodtryck < 150 mm Hg är lägre än i riket
 - andelen fotundersökta lägre än i riket
 - andelen som kontrollerat albumin i urin är lägre än i riket

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- I vården av vuxna patienter med diabetes når
 - andelen med blodtryck 140/85 mm Hg (64,6 %) når ej mål (90 %)
 - andelen med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L (45,8 %) når ej mål (60 %)

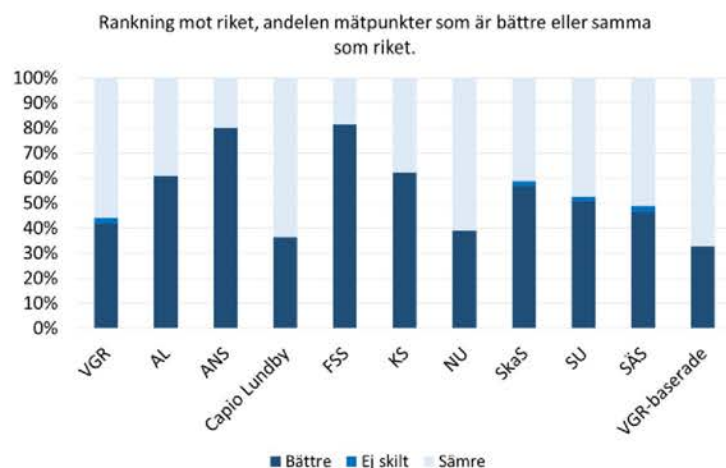
Tabell 5. Indikatorer Capio Lundby sjukhus

Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Stat. skilt	Rankning	Diff riket procent	Diff riket procent
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	33,7	21,2	bättre	bättre	12,5	59,0
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	15,4	20,2	ej skilt	bättre	4,8	23,8
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	86,1	92,7	sämre	sämre	-6,6	-7,1
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	64	74,7	ej skilt	sämre	-10,7	-14,3
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	49,6	55,6	ej skilt	sämre	-6	-10,8
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	97,8	95,1	ej skilt	bättre	2,7	2,8
Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	80,3	89,3	sämre	sämre	-9	-10,1
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	36,6	80,9	sämre	sämre	-44,3	-54,8
Bräck/ej omop	%	högt	95,4	97,3	ej skilt	sämre	-1,9	-2,0
Njure/dialysdos	%	högt	68,5	74,4	ej skilt	sämre	-5,9	-7,9
Njure/kärlaccess	%	högt	75,9	71,2	ej skilt	bättre	4,7	6,6

Frölunda specialistsjukhus (FSS)



Figur 10. Frölunda specialistsjukhus (FSS) visar goda resultat när de 16 indikatorerna jämförs mot riksgenomsnittet. Vid en statistisk jämförelse är resultaten för samtliga indikatorer bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Andelen är högre än både VGR-och riksgenomsnittet.



Figur 11. Visar hur samtliga 13 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Åttio procent av indikatorerna är för FSS bättre (mörkblå) än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.

Resultaten för Frölunda specialistsjukhus är således mycket goda. Det finns trots det områden som kan förbättras ytterligare. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer FSS](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer FSS

Gallkirurgi

- Enligt kvalitetsregister Gallrix ges förebyggande antibiotika vid elektiv gallkirurgi oftare än rekommenderat. Men en journalgenomgång visar att antibiotika inte gavs förebyggande i egentlig mening, utan att det givits pre- eller postoperativt. I en del fall, gavs antibiotika i samband med galläckage, och i vissa fall i samband med infektion. Trots detta har inte några komplikationer registrerats i Gallrix. En fördjupad analys av komplikationsfrekvensen och en diskussion med operatörerna rekommenderas för att komma till rätta med antibiotikaanvändningen och registreringen i Gallrix.

Resultat FSS

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Ett område identifieras

- Elektiv gallkirurgi
 - andelen som för förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Elektiv gallkirurgi
 - andelen som för förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi är högre (18,4 %) än rekommenderat mål (12 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Ingen anmärkning avseende tillgänglighet, vårdgarantin uppfylls till 98 %.

Från controllingrapporter november 2017

- Elektiv gallkirurgi, användning av förebyggande antibiotika
 - o Åtgärd: Omfattande journalgranskning är gjord, där det framkommer att ingen patient fick ”förebyggande” antibiotika. Antibiotika har givits per- eller postoperativt, vanligen på grund av gallläckage. Kommentar: Frågan är således om peroperativt given antibiotika på grund av gallläckage skall klassas som förebyggande eller om det skall registreras som komplikation.

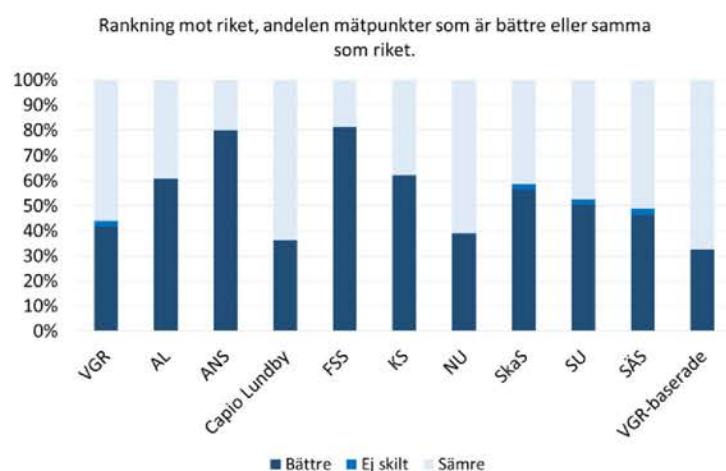
Tabell 6. Indikatorer för Frölunda specialistsjukhus

Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	29,4	21,2	Bättre	bättre	8,2	38,7
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	11,1	20,2	Bättre	bättre	9,1	45,0
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	98,5	92,7	Bättre	bättre	5,8	6,3
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	92,4	74,7	Bättre	bättre	17,7	23,7
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	60,5	55,6	ej skilt	bättre	4,9	8,8
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	98,2	95,1	Bättre	bättre	3,1	3,3
Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	98,5	89,3	Bättre	bättre	9,2	10,3
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	97,3	80,9	Bättre	bättre	16,4	20,3
Gyn/framfall symt fri	%	högt	87,5	74,1	ej skilt	bättre	13,4	18,1
Galla/miniinv	%	högt	99,1	95,9	ej skilt	bättre	3,2	3,3
Galla/antib	%	lågt	19,8	13,7	ej skilt	sämre	-6,1	-44,5
Galla/kompl	%	lågt	0	3,7	Bättre	bättre	3,7	100,0
Bråck/ej omop	%	högt	99,4	97,3	Bättre	bättre	2,1	2,2
Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	75	54,5	Bättre	bättre	20,5	37,6
Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	81,6	82	ej skilt	sämre	-0,4	-0,5
Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,03	1	ej skilt	sämre		-3,0

Kungälv's sjukhus (KS)



Figur 12. Kungälv's sjukhus (KS) visar goda resultat när de 46 indikatorerna jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 45 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 89 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Resultatet är högre än VGR-genomsnittet, och bättre än riket då de bättre (mörkblå) är fler än de sämre (ljusblå).



Figur 13. Visar hur samtliga 46 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej, Sextiotvå procent av indikatorerna är för Kungälv's sjukhus bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.

Även om resultaten för Kungälv's sjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer KS](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer KS

Hjärtinfarkt vård

- Andelen som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar behöver öka. Frågan är i stora delar regional och behöver lösas på regional nivå.

Psykiatri

- Depressionsskattning efter ECT behöver öka och eventuella registreringsproblem om utförd skattning bör lösas.

Ortopedi

- Höftprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka varför resultaten för implantatöverlevnad, reoperation och patientnöjdhet är lägre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Knäprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka varför relativa revisionsrisken är högre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Ryggoperation, spinal stenos. Kontroll bör göras för att undersöka varför patienterna har sämre smärtlindring av operationen än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Väntetider och ledtider

- Andel på akutmottagningen som bedöms av läkare inom en timma behöver öka. Handlingsplan finns men i vad mån åtgärderna kommer att påverka ledtider etc. är ännu för tidigt att säga.
- Andelen inom ortopedi som når vårdgarantimålet för operation/åtgärd behöver öka.

Resultat KS

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Fem områden identifieras

- Hjärtinfarktvård
 - andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar lägre än i riket.
- Intensivvård
 - andel med oplanerad återinskrivning avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
- Strokesjukvård
 - andel patienter med stroke som erhåller reperfusion avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
- Psykiatri
 - andel som depressionsskattas efter ECT är lägre än i riket.
- Ortopedi
 - höftprotes, implantatöverlevnad 10 år är lägre än i riket.
 - höftprotes, andel med reoperation inom 2 år avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
 - höftprotes, patienttillfredsställelse lägre än i riket.
 - knäprotes, relativ revisionsrisk högre än i riket.
 - ryggkirurgi, spinal stenos, minskad smärta efter operation avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Diabetessjukvård
 - andel patienter med blodtryck < 140/85 mm Hg (75,8 %) når ej mål (90 %).
- Hjärtinfarktvård
 - andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar (32,6 %) når ej mål (85 %).
- Antibiotika
 - andel penicillinpreparat av penicilliner, cefalosporiner och piperacillin/tazobactam (59 %) når ej mål (70 %).
 - andelen patienter som sjukhusvårdas för samhällsförvärdad lunginflammation, och som initialt behandlas med penicillinpreparat (43,7 %) når ej mål (55 %).
- Väntetid
 - Andel som träffar läkare inom en timma (33,4 %) når ej mål (55 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Vårdgarantin, tid till operation/åtgärd har försämrats för flera ortopediska operationer.

Från controllingrapporter november 2017

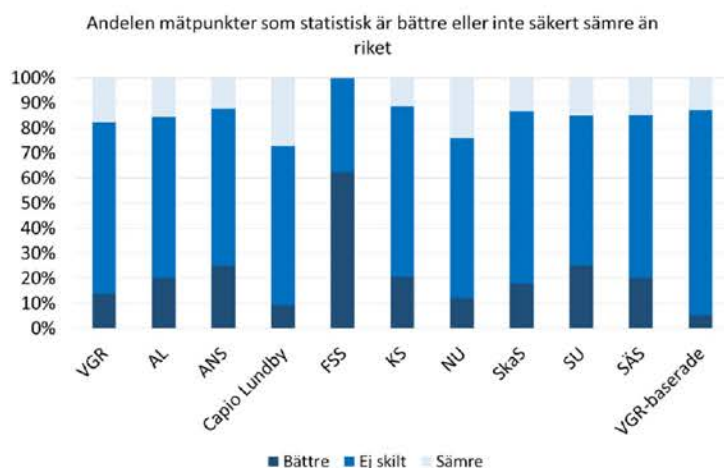
- Diabetes, andel patienter med blodtryck < 140/85 mm Hg når ej mål.
 - Åtgärd: Bättre bemanning från hösten 2017, dropp-in tider för blodtrycksmätning och sjuksköterskor reglerar blodtrycksmedicinerna. De vidtagna åtgärderna fungerar bra och man räknar med att vara i mål juni 2018. Prognosen bedöms som god.
- Hjärtinfarktvård, andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar var 2016 färre än i riket. Ej heller nås regionalt mål för 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017.
 - Åtgärd: Resultatet har blivit bättre under 2017 men man är fortfarande långt ifrån att nå målnivån om 85 %. För att patienterna på Kungälvssjukhus skall få samma tillgång till vård som t ex. patienterna på SU-Sahlgrenska, skulle SU behöva reservera tider för Kungälvssjukhus (måndagar 2 tider, övriga vardagar 1 tid per dag).
- Strokesjukvård, andel som får reperfusion når ej mål.
 - Åtgärd: Bättre bemanning hösten 2017. Man genomför utbildningsinsatser för primärjourer och bakjourer och inför trombolyskörtkort. Insatserna har haft effekt och resultaten har blivit bättre. Enligt riksstroke når man nu rekommenderat mål. Prognosen bedöms som god.
- Psykiatri, depressionsskattning efter ECT.
 - Åtgärd: Depressionsskattning med MADRAS är viktigt, men kan missas ibland. Till viss del kan det också vara ett registreringsproblem då uppgifterna i efterhand kan vara svåra att hitta i journalen.
- Antibiotika, andel penicillinpreparat av vissa intravenösa antibiotika, och andel som initialt behandlas med penicillinpreparat vid samhällsförvärdad lunginflammation når ej mål.
 - Åtgärd: Utbildningsfråga, där åtgärder planeras. STRAMA-läkare finns numer på varje klinik och man har påbörjat utbildningsinsatser. Antibiotikaronder planeras, man tänker köpa tjänsten från SU. Prognosen bedöms som god.
- Andel på akutmottagningen som bedöms av läkare inom en timma behöver öka.
 - Åtgärd: Flera åtgärder vidtagna vilka innefattar snabbare triagering, bland annat med hjälp av hälsoenkät och tydliga riktlinjer. Särskilt avdelad sjuksköterska tar hand om ambulanser. Hösten 2017 anställs akutläkare och två spec. sjuksjuksköterskor. Man har också infört tydliga riktlinjer för hänvisning. VGRs akutmodell införd i oktober. Hittills positiva resultat men ännu för tidigt att utvärdera.

Tabell 7. Indikatorer Kungälv's sjukhus

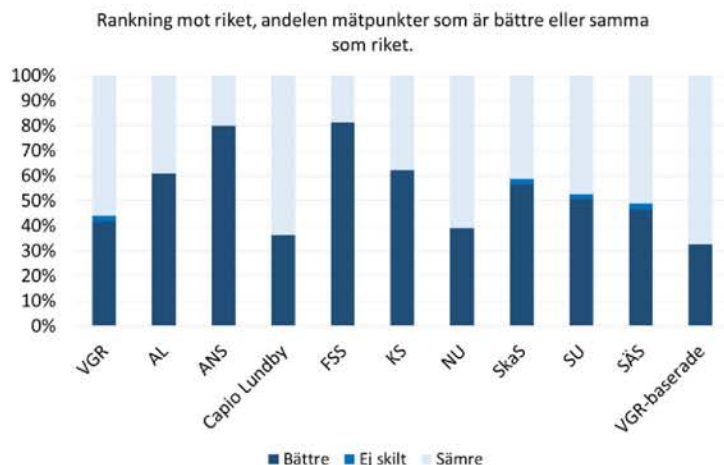
Indikator	Sort	Riktning	Värde	Rike t	Stat. skilt	Ranknin g	Diff riket proc enhet	Diff riket procent
Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	24,6	21,2	ej skilt	bättre	3,4	16,0
Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/l	%	lågt	18,7	20,2	ej skilt	bättre	1,5	7,4
Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	93,8	92,7	ej skilt	bättre	1,1	1,2
Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	72,6	74,7	ej skilt	sämre	-2,1	-2,8
Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	63,2	55,6	bättre	bättre	7,6	13,7
Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	98,9	95,1	bättre	bättre	3,8	4,0
Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	90,8	89,3	ej skilt	bättre	1,5	1,7
Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	100	80,9	bättre	bättre	19,1	23,6
Hjärta/Reperf	%	högt	90,3	91,5	ej skilt	sämre	-1,2	-1,3
Hjärta/reperf i tid	%	högt	78,6	76,7	ej skilt	bättre	1,9	2,5
Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	93	91,2	ej skilt	bättre	1,8	2,0
Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	30,3	78,8	sämre	sämre	-48,5	-61,5
Hjärta/antikoag	%	högt	95,3	97	ej skilt	sämre	-1,7	-1,8
Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	94,1	90,8	ej skilt	bättre	3,3	3,6
Hjärta/BT	%	högt	76,7	77	ej skilt	sämre	-0,3	-0,4
Hjärta/Fys akt	%	högt	80	51,9	bättre	bättre	28,1	54,1
Hjärta/LDL-kol	%	högt	70	59,5	ej skilt	bättre	10,5	17,6
Hjärta/Rökstopp	%	högt	70	54	ej skilt	bättre	16	29,6
IVA/SMR	index	lågt	0,6	0,61		bättre		1,6
IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,76	2,25	ej skilt	sämre	-0,51	-22,7
Bräck/ej omop	%	högt	97	97,3	ej skilt	sämre	-0,3	-0,3
Stroke/reperf	%	högt	11,2	14,1	ej skilt	sämre	-2,9	-20,6
Stroke/direktinskriv	%	högt	85,9	77,6	bättre	bättre	8,3	10,7

Stroke/test sväljförm	%	högt	87,1	87	ej skilt	bättre	0,1	0,1
Stroke/antikoag flimmer	%	högt	87,5	75,4	bättre	bättre	12,1	16,0
Stroke/Btsänkande	%	högt	89,2	79	bättre	bättre	10,2	12,9
Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	15,1	17,6	ej skilt	bättre	2,5	14,2
Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	62,3	57,3	ej skilt	bättre	5	8,7
Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	66,7	45,8	ej skilt	bättre	20,9	45,6
Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	65,2	60	ej skilt	bättre	5,2	8,7
Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	92,6	86,3	ej skilt	bättre	6,3	7,3
Stroke/TIA på strokenh	%	högt	92,4	81,4	bättre	bättre	11	13,5
Psyk/ECT	%	högt	38,2	39,7	ej skilt	sämre	-1,5	-3,8
Psyk/depr skattning ECT	%	högt	37,7	55	sämre	sämre	-17,3	-31,5
Ort/bisfosfonater	%	högt	12	9,5	ej skilt	bättre	2,5	26,3
Ort/op 24 t	%	högt	70,2	70	ej skilt	bättre	0,2	0,3
Ort/v_tid op	tim	lågt	23	22,8	ej skilt	sämre		-0,9
Ort/åter eget boende	%	högt	80	68,5	bättre	bättre	11,5	16,8
Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	93,6	97,8	sämre	sämre	-4,2	-4,3
Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	2,7	2,2	ej skilt	sämre	-0,5	-22,7
Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	81,6	88,3	sämre	sämre	-6,7	-7,6
Ort/Höftpr artrossk	%	högt	41,5	39,2	ej skilt	bättre	2,3	5,9
Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	89,5	96,2	ej skilt	sämre	-6,7	-7,0
Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,97	1	sämre	sämre		-97,0
Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	45,8	57,4	ej skilt	sämre	-11,6	-20,2

NU-sjukvården (NU)



Figur 14. NU-sjukvårdens (NU) resultat baseras på 77 indikatorer/mätpunkter som jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 75 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 76 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Andelen är lägre än VGR-genomsnittet, och lägre än riket då andelen bättre (mörkblå) är lägre än de sämre (ljusblå).



Figur 15. Visar hur samtliga 77 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Trettionio procent av indikatorerna är för NU-sjukvården bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre än riksgenomsnittet.

Resultaten för NU-sjukvården är lägre än riksgenomsnittet varför det finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer NU](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer NU

Diabetessjukvård barn

- Andel som ögonundersökts, kontrollerar blodtrycket och kontrollerar albumin i urin behöver öka.

Diabetessjukvård vuxna

- Andel med blodtryck < 140/85 mm Hg behöver öka.

Graviditet och förlossning

- Andel kvinnor som röker under graviditeten bör minska.

Hjärtinfarktvård

- Andelen som deltar i fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt behöver öka.

Gallkirurgi

- Andelen som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet. Indikatorerna för gallkirurgi bör dock diskuteras på sektorsrådet då vi förstått att registreringen i sig är problematisk. Det inte är självklart vad som avses med *förebyggande* antibiotika vid planerad gallkirurgi, eller vilka komplikationer som skall registreras. Skillnader i resultat kan enligt vår bedömning till stora delar bero på skillnader i hur man registrerar.

Kärlkirurgi

- Andelen som avlider eller amputeras ovan fotled efter kärlkirurgisk operation avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet, och har varit högre än VGR-genomsnittet de senaste åren. En genomgång bör göras för att kontrollera om skillnaden beror på annan patientsammansättning eller är ett kvalitetsproblem.

Obesitaskirurgi

- Ifall obesitaskirurgi även fortsättningsvis görs inom NU-sjukvården bör man säkerställa att uppföljning efter obesitaskirurgi är välfungerande så att alla som behöver följas upp får sådan uppföljning.

Strokesjukvård

- Strokesjukvården, särskilt reperfusion och direktinskrivning på strokeavdelning måste förbättras.

fortsättning NU

Ortopedi

- Behandling av benskörhet efter benskörhetsfraktur behöver öka. (En viss förbättring har dock troligen skett även om den i nuläget inte går att visa då vi i dagens system enbart ser receptförskrivna benskörhetsläkemedel och inte rekvisitionsläkemedel).
- Andel med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar behöver öka.
- Höftprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka varför resultaten för implantatöverlevnad och reoperation är sämre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Knäprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka varför relativa revisionsrisken är högre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Ryggoperation, spinal stenosis. Kontroll bör göras för att undersöka varför patienterna har fått sämre smärtlindring av operationen än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Ögonsjukvård

- Tillgängligheten bör öka. Även om enbart tillgänglighet till kataraktoperation redovisas är bedömningen att tillgängligheten är ett generellt problem

Väntetider och ledtider

- Vårdgarantin, tid till första besök behöver kortas för neurologi, ortopedi och ögonsjukvård. Inom barn- och ungdomspsykiatri behöver tid till behandling och tid till fördjupad utredning kortas.

Resultat NU

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Tio områden identifieras

- Diabetessjukvård barn
 - Vid NU-Trollhättan är andelen som kontrollerar ögon, blodtryck och albumin i urin lägre än i riket.
- Diabetessjukvård vuxna
 - andel med HbA1c > 70 mmol/mol är högre än i riket.
- Graviditet och förlossning
 - Andelen kvinnor som röker under graviditeten är högre än i riket.
-
- Hjärtinfarktvård
 - Andelen patienter som deltagit i fysiskt träningsprogram är lägre än i riket.
- Gallkirurgi
 - Andelen patienter som får förebyggande antibiotika vid elektiv gallkirurgi avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
- Kärlkirurgi
 - Andel med död eller amputation efter operation av kärlförträngning i ben avviker 20 % från riksgenomsnittet.
- Obesitaskirurgi
 - Andelen uppföljda efter 2 år är lägre än i riket.
- Strokesjukvård
 - Sex av elva stroke-indikatorer är statistiskt sämre än riket och åtta indikatorer rankas sämre än riksgenomsnittet.
- Ortopedi
 - Behandling av benskörhet efter benskörhetsfraktur avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
 - Andel med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar är lägre än i riket.
 - Höftprotes, implantatöverlevnad 10 år är lägre än i riket.
 - Höftprotes, andel med reoperation inom 2 år avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
 - Knäprotes, relativ revisionsrisk högre än i riket.
 - Ryggkirurgi, spinal stenos, minskad smärta efter operation avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet.
- Ögonsjukvård
 - Tillgänglighet till ögonsjukvård, mätt som syn på bästa ögat vid tid för kataraktoperation, är lägre än i riket.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Diabetessjukvård
 - o andel patienter med blodtryck < 140/85 mm Hg (76,2 %) når ej mål (90 %).
- Lungsjukvård
 - o Andel där CAT används för bedömning av hälsostatus vid KOL (83 %) når ej mål (95 %).
- Strokesjukvård
 - o Direktinskrivning på strokeenhet (65,9 %) når ej mål (90 %).
 - o Reperfusion vid stroke (10,2 %) når ej mål (15 %).
- Ortopedi
 - o Andel med höftfraktur som opereras inom 24 timmar (61,8 %) når ej mål (75 %).
- Gallkirurgi
 - o Andel som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi (17,8 %) är högre än rekommenderat mål (12 %).
- Hjärtinfarktvård
 - o andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar (79 %) når ej mål (85 %).
- Väntetid
 - o Andel på akutmottagning som träffar läkare inom en timma (39 %) når ej mål (55 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Vårdgarantin, första besök är särskilt låg inom neurologi, ortopedi och ögonsjukvård. Särskilt låga siffror ses även inom barn- och ungdomspsykiatri, tid till behandling och tid till fördjupad utredning.

Från controllingrapporter november 2017

- Diabetes, andel patienter med blodtryck < 140/85 mmHg når ej mål
 - o Resultaten är bättre än VGR-genomsnittet och riksgenomsnittet, men trenden sämre. Problem med läkarbrist kvarstår. Man provar andra arbetssätt, men ännu inga positiva resultat på blodtrycksbehandlingen. Prognos osäker.
- KOL – hälsobedömning med CAT
 - o Åtgärd: Sjukhuset har ett bra processarbete och andelen ökar kontinuerligt. God prognos.
- Strokesjukvård, direktinskrivningsmål och reperfusionsmål nås ej
 - o Åtgärd: Man arbetar intensivt med att förbättra strokesjukvården. Ny processledare och hög prioritering. Det finns vårdplatsbrist på sjukhuset men det är egentligen inte det primära problemet till att strokepatienter inte

primärt läggs in på strokeavdelning. Inskrivningsprocessen skall ses över. Även reperfusionprocessen arbetar man med förbättra. Det innebär bland annat tydliga rutiner, utbildning av alla berörda personalkategorier inklusive bakjourer och ambulanssjukvården. Man inför trombolyskörtkort och genomför träningsprogram. Prognosen är försiktigt hoppfull.

- Höftfraktur, mål för andel opererade inom 24 timmar nås ej
 - Åtgärd: Ökat fokus på prioritering och timing, annat arbetssätt för koordinatörerna och effektivare användning av operationssalar. Vidtagna åtgärder ser ut att ha effekt enligt egen registrering. Prognosen hoppfull.
- Gallkirurgi, andel med förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi är högre än rekommenderat mål
 - Åtgärd: Man tror det är rapporteringsproblem till Gallrix. Man har god kontroll på processen och anser inte att man ger antibiotika i onödan.
- Andel på akutmottagningen som bedöms av läkare inom en timma behöver öka.
 - Åtgärd: Man har regelbunden och tät återkoppling om ledtider och man följer kontinuerligt ledtider för att se hur man ligger till jämfört med senaste tremånadersperioden. Effektiv metod som hittills givit allt bättre resultat. Prognos bedöms som god.

Tabell 8. Indikatorer NU-sjukvården

Sjukhus	Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
NU-Uddevalla	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	75,3	54,9	bättre	bättre	20,4	37,2
NU-Uddevalla	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	94,8	88,5	ej skilt	bättre	6,3	7,1
NU-Uddevalla	Diab/Barn kontr BT	%	högt	65,3	70,3	ej skilt	sämre	-5	-7,1
NU-Uddevalla	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	75	72,2	ej skilt	bättre	2,8	3,9
NU-Uddevalla	Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	61,1	50,6	ej skilt	bättre	10,5	20,8
NU-Trollhättan	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	48,6	54,9	ej skilt	sämre	-6,3	-11,5
NU-Trollhättan	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	87,3	88,5	ej skilt	sämre	-1,2	-1,4
NU-Trollhättan	Diab/Barn kontr BT	%	högt	50,5	70,3	sämre	sämre	-19,8	-28,2
NU-Trollhättan	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	35,2	72,2	sämre	sämre	-37	-51,2
NU-Trollhättan	Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	14,3	50,6	sämre	sämre	-36,3	-71,7
NU-Trollhättan	VRI/Barn neo	%	lågt	1,22	1,24	ej skilt	bättre	0,02	1,6
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	21,4	21,2	ej skilt	bättre	0,2	0,9
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	23,4	20,2	sämre	sämre	-3,2	-15,8
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	93,5	92,7	ej skilt	bättre	0,8	0,9
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	78,8	74,7	bättre	bättre	4,1	5,5
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	60,3	55,6	bättre	bättre	4,7	8,5

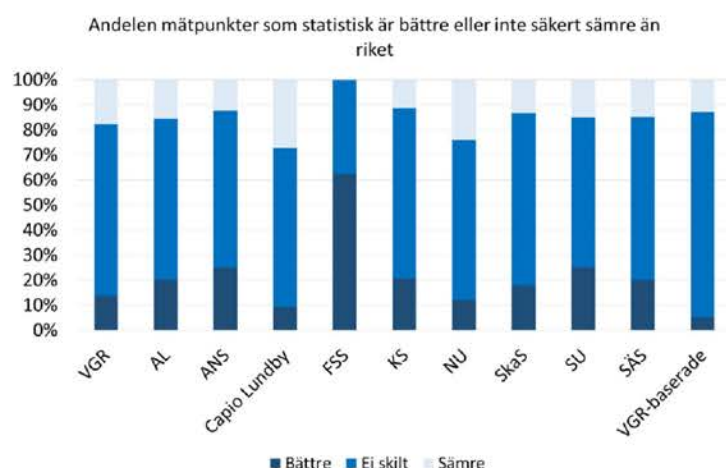
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	94	95,1	ej skilt	sämre	-1,1	-1,2
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	89,6	89,3	ej skilt	bättre	0,3	0,3
NU-sjukvården	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	96,2	80,9	bättre	bättre	15,3	18,9
NU-sjukvården	Grav/tobak v30-32	%	lågt	5,3	3,8	sämre	sämre	-1,5	-39,5
NU-sjukvården	Grav/bristningar gr III-IV	%	lågt	3,9	5,3	bättre	bättre	1,4	26,4
NU-sjukvården	Grav/Sectio	%	lågt	8,2	7,7	ej skilt	sämre	-0,5	-6,5
NU-sjukvården	Grav/låg Apgar	%	lågt	1,5	1,4	ej skilt	sämre	-0,1	-7,1
NU-sjukvården	Hjärta/Reperf	%	högt	94,4	91,5	ej skilt	bättre	2,9	3,2
NU-sjukvården	Hjärta/reperf i tid	%	högt	68,6	76,7	ej skilt	sämre	-8,1	-10,6
NU-sjukvården	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	88,2	91,2	ej skilt	sämre	-3	-3,3
NU-sjukvården	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	74,5	78,8	ej skilt	sämre	-4,3	-5,5
NU-sjukvården	Hjärta/antikoag	%	högt	96,8	97	ej skilt	sämre	-0,2	-0,2
NU-sjukvården	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	93,7	90,8	ej skilt	bättre	2,9	3,2
NU-sjukvården	Hjärta/BT	%	högt	72,8	77	ej skilt	sämre	-4,2	-5,5
NU-sjukvården	Hjärta/Fys akt	%	högt	34,2	51,9	sämre	sämre	-17,7	-34,1
NU-sjukvården	Hjärta/LDL-kol	%	högt	50	59,5	ej skilt	sämre	-9,5	-16,0
NU-sjukvården	Hjärta/Rökstopp	%	högt	57,4	54	ej skilt	bättre	3,4	6,3
NU-sjukvården	HIV/Viruskontroll	%	högt	93,6	94,2		sämre	-0,6	-0,6

NU-sjukvården	IVA/SMR	index	lågt	0,67	0,61		sämre		-9,8
NU-sjukvården	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,55	2,25	ej skilt	sämre	-0,3	-13,3
NU-sjukvården	Gyn/framfall kompl fri	%	högt	65,4	65,5	ej skilt	sämre	-0,1	-0,2
NU-sjukvården	Gyn/framfall symt fri	%	högt	74,7	74,1	ej skilt	bättre	0,6	0,8
NU-sjukvården	Galla/miniinv	%	högt	94	95,9	ej skilt	sämre	-1,9	-2,0
NU-sjukvården	Galla/antib	%	lågt	17,9	13,7	ej skilt	sämre	-4,2	-30,7
NU-sjukvården	Galla/kompl	%	lågt	0,5	3,7	bättre	bättre	3,2	86,5
NU-sjukvården	Gyn/inkont kompl fri	%	högt	68,8	70,4	ej skilt	sämre	-1,6	-2,3
NU-sjukvården	Gyn/inkont koninent	%	högt	69,8	66	ej skilt	bättre	3,8	5,8
NU-sjukvården	Kärl/död eller amp kärl ben	%	lågt	5,4	4,5	ej skilt	sämre	-0,9	-20,0
NU-sjukvården	Bräck/ej omop	%	högt	97,4	97,3	ej skilt	bättre	0,1	0,1
NU-sjukvården	Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	85	80,7	ej skilt	bättre	4,3	5,3
NU-sjukvården	Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	27,8	54,5	sämre	sämre	-26,7	-49,0
NU-sjukvården	Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	81,6	81	ej skilt	bättre	0,6	0,7
NU-sjukvården	Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	84,3	82	ej skilt	bättre	2,3	2,8
NU-sjukvården	Stroke/reperf	%	högt	9,7	14,1	sämre	sämre	-4,4	-31,2
NU-sjukvården	Stroke/direktinskriv	%	högt	60,5	77,6	sämre	sämre	-17,1	-22,0
NU-sjukvården	Stroke/test sväljförm	%	högt	82,4	87	sämre	sämre	-4,6	-5,3

NU-sjukvården	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	80,2	75,4	ej skilt	bättre	4,8	6,4
NU-sjukvården	Stroke/Btsänkande	%	högt	77,1	79	ej skilt	sämre	-1,9	-2,4
NU-sjukvården	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	15,6	17,6	ej skilt	bättre	2	11,4
NU-sjukvården	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	48,7	57,3	sämre	sämre	-8,6	-15,0
NU-sjukvården	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	40,9	45,8	ej skilt	sämre	-4,9	-10,7
NU-sjukvården	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	50,8	60	sämre	sämre	-9,2	-15,3
NU-sjukvården	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	86,7	86,3	ej skilt	bättre	0,4	0,5
NU-sjukvården	Stroke/TIA på strokenh	%	högt	55,5	81,4	sämre	sämre	-25,9	-31,8
NU-sjukvården	Njure/dialysdos	%	högt	72,3	74,4	ej skilt	sämre	-2,1	-2,8
NU-sjukvården	Njure/kärlaccess	%	högt	67	71,2	ej skilt	sämre	-4,2	-5,9
NU-sjukvården	Psyk/ECT	%	högt	31,8	39,7	ej skilt	sämre	-7,9	-19,9
NU-sjukvården	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	69,1	55	bättre	bättre	14,1	25,6
NU-sjukvården	Ort/bisfosfonater	%	högt	6,8	9,5	ej skilt	sämre	-2,7	-28,4
NU-sjukvården	Ort/op 24 t	%	högt	58,2	70	sämre	sämre	-11,8	-16,9
NU-sjukvården	Ort/v_tid op	tim	lågt	25,2	22,8	sämre	sämre		-10,5
NU-sjukvården	Ort/äter eget boende	%	högt	75	68,5	bättre	bättre	6,5	9,5
NU-sjukvården	Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	92,6	97,8	sämre	sämre	-5,2	-5,3
NU-sjukvården	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	3,3	2,2	ej skilt	sämre	-1,1	-50,0

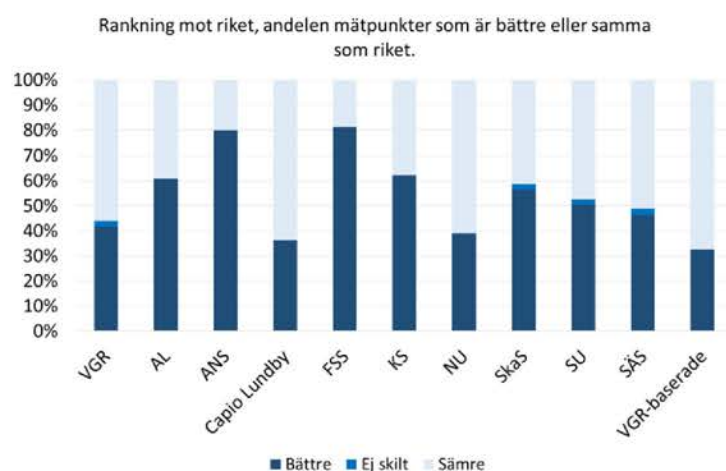
NU-sjukvården	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	88,1	88,3	ej skilt	sämre	-0,2	-0,2
NU-sjukvården	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	51,8	39,2	bättre	bättre	12,6	32,1
NU-sjukvården	Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	98,3	96,2	ej skilt	bättre	2,1	2,2
NU-sjukvården	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,46	1	sämre	sämre		-46,0
NU-sjukvården	Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	43,8	57,4	ej skilt	sämre	-13,6	-23,7
NU-sjukvården	Ögon/Katarakt syn vid op	%	lågt	24,7	16,9	sämre	sämre	-7,8	-46,2
NU-sjukvården	Ögon/Katarakt synförb	%	högt	93,8	90,5	ej skilt	bättre	3,3	3,6

Skaraborgs sjukhus (SkaS)



Figur 16. Skaraborgs sjukhus (SkaS) visar goda resultat.

När 135 av 138 indikatorer, där en statistisk jämförelse kan göras, är 87 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Andelen är således högre än VGR-genomsnittet, och högre än i riket då andelen bättre (mörkblå) är högre än de sämre (ljusblå)



Figur 17. Visar hur 138 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga om de är bättre eller sämre oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Sextio procent av indikatorerna är för SkaS bättre än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.

Även om resultaten för Skaraborgs sjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer SkaS](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer SkaS

Diabetessjukvård - barn

- Andel barn med HbA1c < 57 mmol/mol behöver öka

Graviditet och förlossning

- Andel kvinnor som röker under graviditeten behöver minska.
- Andel nyfödda barn med låg APGAR är högre än i riket. Andelen har också ökat succesivt sedan 2004, snabbare än i VGR och riket. Särskilt hög andel sågs 2015 (se Verksamhetsanalys 2017). Genomgång rekommenderas för att kartlägga varför andelen barn med låg APGAR ökar snabbare vid SkaS-Skövde än i riket och VGR.

Hjärtinfarktvård

- SkaS-Lidköping: Andelen med ST-höjningsinfarkt som får reperfusion inom rekommenderad tid är i Lidköping 50 %, dvs. lägre än i riket. PCI görs ej i Lidköping vilket förklarar fördröjningen då patienten behöver överföras till SkaS-Skövde. Totalt rör det sig om 12 patienter 2016. Kontroll bör göras för att säkerställa att patienter med ST-höjningsinfarkt så långt det är möjligt hänvisas till SkaS-Skövde.
- SkaS-Skövde: Sjukhuset bör säkerställa att samarbetet med primärvården fungerar så att fler patienter når mål för blodtryck vid kontroll 12-14 månader efter insjuknandet. Sjukhuset bör också öka andelen patienter som deltar i fysiskt träningsprogram, och i egen regi eller tillsammans med primärvården hjälpa fler att sluta röka.

Intensivvård

- SkaS-Lidköping: Riskjusterad dödlighet (SMR) avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet. Är dödligheten på IVA-Lidköping ökad eller beror det på inkomplett registrering, dvs. att de variabler som används för riskjusteringen inte rapporteras till registret? En kontroll rekommenderas.
- SkaS-Skövde: Oplanerad återinskrivning är högre än i riket och överstiger rekommenderad nivå på 3 %. En granskning rekommenderas.

Gynekologisk kirurgi

- SkaS-Lidköping: Vid framfallsoperation är det färre kvinnor än i riket som anger komplikations- och besvärsfrihet efter 2 månader. Granskning rekommenderas.

fortsättning SkaS

Strokesjukvård

- Andel som får blodtryckssänkande behandling är lägre än i riket och andelen har varit i sjunkande sedan 2014. Granskning rekommenderas, för att säkerställa att alla som behöver blodtryckssänkande läkemedel får sådan behandling?

Ortopedi

- Andelen patienter med akut höftfraktur som opereras inom 24 behöver öka. Även om åtgärder planeras bedöms prognosen i nuläget som osäker.

Väntetider och ledtider

- Tillgängligheten inom framförallt barn- och ungdomspsykiatri behöver öka.

Resultat SkaS

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Tolv områden identifieras

- Diabetes barn - Skövde
 - o andel med HbA1c < 57 mmol/mol är lägre än i riket.
- Diabetes vuxna - Skövde
 - o andel med systoliskt blodtryck < 150 mmHg lägre än i riket.
 - o andel med blodtryck < 140/85 mmHg är lägre än i riket.
 - o andel med genomförd ögonundersökning lägre än i riket.
 - o andel med genomförd fotundersökning lägre än i riket.
- Graviditet och förlossning
 - o andel kvinnor som röker under graviditeten är högre än i riket.
 - o andel nyfödda barn med låg APGAR är högre än i riket.
- Hjärtinfarktvård - Lidköping
 - o tid till reperfusion längre än i riket.
- Hjärtinfarktvård - Skövde
 - o andel som når mål för blodtryck 12-14 månader efter insjuknandet är lägre än i riket.
 - o andel som deltagit i fysiskt träningsprogram är lägre än i riket.
 - o andel som efter ett år slutat röka är färre än i riket.
- Intensivvård
 - o Standardized Mortality Ratio avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet vid SkaS-Lidköping.
 - o oplanerad återinskrivning avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet vid SkaS-Skövde.
- Gynekologisk kirurgi – Lidköping
 - o andel som är komplikationsfria och utan besvär två månader efter framfallsoperation är lägre än i riket.
 - o andel som är kontinenta ett år efter inkontinensoperation är färre än i riket.
- Gynekologisk kirurgi – Skövde
 - o andel som är kontinenta ett år efter inkontinensoperation är färre än i riket.
- Gallkirurgi
 - o andel rapporterade komplikationer avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet. (Det rör sig om 3 av 61 patienter varför slumpen kan ha stor betydelse)
- Obesitaskirurgi
 - o Andel med minskad övervikt efter 1 år lägre än i riket (tveksam relevans då viktnedgång efter två år ej skiljer från riksgenomsnittet).
- Strokevård
 - o andel som erhåller reperfusion i Lidköping är lägre än i riket.
 - o andel som får blodtryckssänkande behandling i Skövde är lägre än i riket.
- Ortopedi
 - o andel med höftfraktur som opereras inom 24 timmar är i Lidköping lägre än i riket.

- o andel med höftfraktur som opereras inom 24 timmar är i Skövde lägre än i riket.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Diabetes -vuxna
 - o Andel med blodtryck < 140/85 mmHg (69,2 %) når ej mål (90 %).
- Strokevård
 - o andel som erhåller reperfusion (11,2 %) når ej mål (15 %).
- Antibiotika
 - o andel penicillinpreparat av intravenösa antibiotika (56,9 %) lägre än rekommenderat mål (70 %).
 - o andel med samhällsförvärd pneumoni som initialt behandlas med penicillinpreparat (32,2 %) är lägre än rekommenderat mål (55 %).
- Ortopedi
 - o andel med höftfraktur som opereras inom 24 timmar (58,2 %) når ej mål (75 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Inom barn- och ungdomspsykiatri är tillgängligheten låg, såväl avseende tid till första besök som tid till behandling.

Från controllingrapporter november 2017

- Diabetessjukvården – vuxna, några områden sämre resultat än riksgenomsnittet och något når ej rekommenderat mål
 - o Åtgärd: Diabetesteamen skall genomföra en gemensam planeringsdag med sjuksköterskor och läkare för att komma tillrätta med det som hittills inte ligger nära målet. En övergripande process finns, där man arbetar på lika sätt vid samtliga kliniker. Falköping har bättre resultat. Lidköping anser att de har fler överviktiga och överväger ytterligare stöd av dietist. *Kommentar:* Handlingsplan finns och prognosen bedöms som god.
- Strokesjukvård, andel som får reperfusion når ej mål
 - o Åtgärd: Gjorda insatser har haft effekt, resultaten allt bättre. Prognos bedöms som god.
- Ortopedi, andel med akut höftfraktur som opereras inom 24 timmar.
 - o Åtgärd: Brist på operationstid och operationspersonal, men ett handlingsprogram finns som förväntas lösa problemet på sikt. *Kommentar:* Prognos i nuläget svår att överblicka.
- Antibiotika, andel penicillinpreparat av intravenösa antibiotika och vid initial behandling av samhällsförvärd pneumoni når ej mål.

- o Åtgärd: Rutiner och anvisningar finns men man har svårt att nå ut med information och för att få följsamhet till rutinerna, bland annat pga. hög andel stafettläkare. Med ökade insatser från STRAMA-läkare, antibiotikaronder och standardvårdplaner räknar man med att nå rekommenderade mål. Prognos bedöms som god.
- Gynekologisk kirurgi, inkontinensoperationer.
 - o Åtgärd: Genomgång av inkontinensoperationerna har gjorts, vilken visar att avvikelserna mot riksgenomsnittet beror på annan patientsammansättning där man vid SkaS opererar fler med så kallad blandinkontinens. Resultaten för jämförbara ingrepp skiljer sig således inte från riksgenomsnittet.

Tabell 9. Indikatorer Skaraborgs sjukhus

Sjukhus	Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
SkaS- Lidköping	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	58,2	54,9	ej skilt	bättre	3,3	6,0
SkaS- Lidköping	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	96,2	88,5	bättre	bättre	7,7	8,7
SkaS- Lidköping	Diab/Barn kontr BT	%	högt	75,9	70,3	ej skilt	bättre	5,6	8,0
SkaS- Lidköping	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	82,8	72,2	ej skilt	bättre	10,6	14,7
SkaS- Lidköping	Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	51,7	50,6	ej skilt	bättre	1,1	2,2
Skas- Skövde	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	43,4	54,9	sämre	sämre	-11,5	-20,9
Skas- Skövde	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	81,4	88,5	ej skilt	sämre	-7,1	-8,0
Skas- Skövde	Diab/Barn kontr BT	%	högt	69	70,3	ej skilt	sämre	-1,3	-1,8
Skas- Skövde	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	82	72,2	ej skilt	bättre	9,8	13,6
Skas- Skövde	Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	57	50,6	ej skilt	bättre	6,4	12,6
Skas- Skövde	VRI/Barn neo	%	lågt	0,18	1,24	bättre	bättre	1,06	85,5
Skas- Falköping	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	22	21,2	ej skilt	bättre	0,8	3,8
Skas- Falköping	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	12,1	20,2	bättre	bättre	8,1	40,1
Skas- Falköping	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	95,8	92,7	ej skilt	bättre	3,1	3,3
Skas- Falköping	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	79,7	74,7	ej skilt	bättre	5	6,7

Skas-Falköping	Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	62,8	55,6	ej skilt	bättre	7,2	12,9
Skas-Falköping	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	98,8	95,1	bättre	bättre	3,7	3,9
Skas-Falköping	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	95,9	89,3	bättre	bättre	6,6	7,4
Skas-Falköping	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	99,4	80,9	bättre	bättre	18,5	22,9
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	21,8	21,2	ej skilt	bättre	0,6	2,8
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	9,8	20,2	bättre	bättre	10,4	51,5
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	95,7	92,7	bättre	bättre	3	3,2
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	73,7	74,7	ej skilt	sämre	-1	-1,3
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	57,5	55,6	ej skilt	bättre	1,9	3,4
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	93,7	95,1	ej skilt	sämre	-1,4	-1,5
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	92,3	89,3	ej skilt	bättre	3	3,4
SkaS-Lidköping	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	92,5	80,9	bättre	bättre	11,6	14,3
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	22,2	21,2	ej skilt	bättre	1	4,7
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	11,8	20,2	bättre	bättre	8,4	41,6
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	89,8	92,7	sämre	sämre	-2,9	-3,1
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	68,2	74,7	sämre	sämre	-6,5	-8,7
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	51,9	55,6	ej skilt	sämre	-3,7	-6,7
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	89,7	95,1	sämre	sämre	-5,4	-5,7

Skas-Skövde	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	80,1	89,3	sämre	sämre	-9,2	-10,3
Skas-Skövde	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	92,4	80,9	bättre	bättre	11,5	14,2
SkaS	Grav/tobak v30-32	%	lågt	4,9	3,8	sämre	sämre	-1,1	-28,9
SkaS	Grav/bristningar gr III-IV	%	lågt	4,5	5,3	ej skilt	bättre	0,8	15,1
SkaS	Grav/Seccio	%	lågt	9,1	7,7	ej skilt	sämre	-1,4	-18,2
SkaS	Grav/låg Apgar	%	lågt	2	1,4	ej skilt	sämre	-0,6	-42,9
SkaS-Lidköping	Hjärta/Reperf	%	högt	75	91,5	ej skilt	sämre	-16,5	-18,0
SkaS-Lidköping	Hjärta/reperf i tid	%	högt	50	76,7	ej skilt	sämre	-26,7	-34,8
SkaS-Lidköping	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	92,2	91,2	ej skilt	bättre	1	1,1
SkaS-Lidköping	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	80,5	78,8	ej skilt	bättre	1,7	2,2
SkaS-Lidköping	Hjärta/antikoag	%	högt	96,2	97	ej skilt	sämre	-0,8	-0,8
SkaS-Lidköping	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	84,5	90,8	ej skilt	sämre	-6,3	-6,9
SkaS-Lidköping	Hjärta/BT	%	högt	68,8	77	ej skilt	sämre	-8,2	-10,6
SkaS-Lidköping	Hjärta/Fys akt	%	högt	50,8	51,9	ej skilt	sämre	-1,1	-2,1
SkaS-Lidköping	Hjärta/LDL-kol	%	högt	61,3	59,5	ej skilt	bättre	1,8	3,0
SkaS-Lidköping	Hjärta/Rökstopp	%	högt	50	54	ej skilt	sämre	-4	-7,4
Skas-Skövde	Hjärta/Reperf	%	högt	93,1	91,5	ej skilt	bättre	1,6	1,7
Skas-Skövde	Hjärta/reperf i tid	%	högt	91,7	76,7	bättre	bättre	15	19,6
Skas-Skövde	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	92,4	91,2	ej skilt	bättre	1,2	1,3

Skas-Skövde	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	86,3	78,8	bättre	bättre	7,5	9,5
Skas-Skövde	Hjärta/antikoag	%	högt	97,5	97	ej skilt	bättre	0,5	0,5
Skas-Skövde	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	90,1	90,8	ej skilt	sämre	-0,7	-0,8
Skas-Skövde	Hjärta/BT	%	högt	66,7	77	sämre	sämre	-10,3	-13,4
Skas-Skövde	Hjärta/Fys akt	%	högt	39,3	51,9	sämre	sämre	-12,6	-24,3
Skas-Skövde	Hjärta/LDL-kol	%	högt	60,3	59,5	ej skilt	bättre	0,8	1,3
Skas-Skövde	Hjärta/Rökstopp	%	högt	40	54	ej skilt	sämre	-14	-25,9
SkaS	HIV/Viruskontroll	%	högt	94,2	94,2		samma	0	0,0
SkaS-Lidköping	IVA/SMR	index	lågt	0,79	0,61		sämre		-29,5
SkaS-Lidköping	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,07	2,25	ej skilt	bättre	0,18	8,0
Skas-Skövde	IVA/SMR	index	lågt	0,67	0,61		sämre		-9,8
Skas-Skövde	IVA/oplan återinskr	%	lågt	3,14	2,25	ej skilt	sämre	-0,89	-39,6
SkaS-Lidköping	Gyn/framfall kompl fri	%	högt	44,1	65,5	Sämre	sämre	-21,4	-32,7
SkaS-Lidköping	Gyn/framfall symt fri	%	högt	77,8	74,1	ej skilt	bättre	3,7	5,0
Skas-Skövde	Gyn/framfall kompl fri	%	högt	65,6	65,5	ej skilt	bättre	0,1	0,2
Skas-Skövde	Gyn/framfall symt fri	%	högt	80,6	74,1	ej skilt	bättre	6,5	8,8
SkaS-Lidköping	Galla/miniinv	%	högt	100	95,9	ej skilt	bättre	4,1	4,3

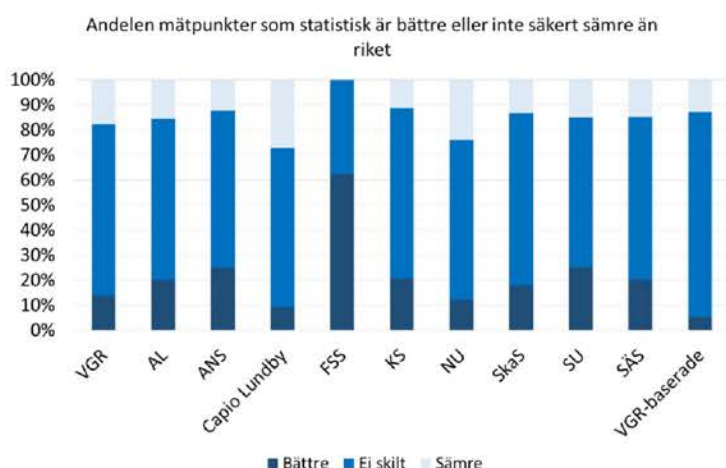
SkaS-Lidköping	Galla/antib	%	lågt	14,7	13,7	ej skilt	sämre	-1	-7,3
SkaS-Lidköping	Galla/kompl	%	lågt	2,9	3,7	ej skilt	bättre	0,8	21,6
Skas-Skövde	Galla/miniinv	%	högt	100	95,9	ej skilt	bättre	4,1	4,3
Skas-Skövde	Galla/antib	%	lågt	6,6	13,7	ej skilt	bättre	7,1	51,8
Skas-Skövde	Galla/kompl planerad	%	lågt	4,9	3,7	ej skilt	sämre	-1,2	-32,4
SkaS-Lidköping	Gyn/inkont kompl fri	%	högt	74,6	70,4	ej skilt	bättre	4,2	6,0
SkaS-Lidköping	Gyn/inkont koninent	%	högt	48,7	66	sämre	sämre	-17,3	-26,2
Skas-Skövde	Gyn/inkont kompl fri	%	högt	74,3	70,4	ej skilt	bättre	3,9	5,5
Skas-Skövde	Gyn/inkont koninent	%	högt	46,7	66	sämre	sämre	-19,3	-29,2
SkaS	Kärl/död eller amp kärl ben	%	lågt	3,3	4,5	ej skilt	bättre	1,2	26,7
Skas-Falköping	Bräck/ej omop	%	högt	98,4	97,3	ej skilt	bättre	1,1	1,1
SkaS-Lidköping	Bräck/ej omop	%	högt	96,5	97,3	ej skilt	sämre	-0,8	-0,8
Skas-Skövde	Bräck/ej omop	%	högt	99,5	97,3	ej skilt	bättre	2,2	2,3
SkaS	Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	94,1	80,7	bättre	bättre	13,4	16,6
SkaS	Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	87	54,5	bättre	bättre	32,5	59,6
SkaS	Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	76,9	81	sämre	sämre	-4,1	-5,1
SkaS	Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	80,4	82	ej skilt	sämre	-1,6	-2,0
SkaS-Lidköping	Stroke/reperf	%	högt	7,4	14,1	sämre	sämre	-6,7	-47,5
SkaS-Lidköping	Stroke/direktinskriv	%	högt	89,8	77,6	bättre	bättre	12,2	15,7

SkaS-Lidköping	Stroke/test sväljförm	%	högt	92	87	ej skilt	bättre	5	5,7
SkaS-Lidköping	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	84,8	75,4	ej skilt	bättre	9,4	12,5
SkaS-Lidköping	Stroke/Btsänkande	%	högt	84	79	ej skilt	bättre	5	6,3
SkaS-Lidköping	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	17,8	17,6	ej skilt	sämre	-0,2	-1,1
SkaS-Lidköping	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	48,3	57,3	ej skilt	sämre	-9	-15,7
SkaS-Lidköping	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	46,7	45,8	ej skilt	bättre	0,9	2,0
SkaS-Lidköping	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	68,8	60	ej skilt	bättre	8,8	14,7
SkaS-Lidköping	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	87,9	86,3	ej skilt	bättre	1,6	1,9
SkaS-Lidköping	Stroke/TIA på strokenh	%	högt	95,5	81,4	bättre	bättre	14,1	17,3
Skas-Skövde	Stroke/reperf	%	högt	11,8	14,1	ej skilt	sämre	-2,3	-16,3
Skas-Skövde	Stroke/direktinskriv	%	högt	78,1	77,6	ej skilt	bättre	0,5	0,6
Skas-Skövde	Stroke/test sväljförm	%	högt	96	87	bättre	bättre	9	10,3
Skas-Skövde	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	68,4	75,4	ej skilt	sämre	-7	-9,3
Skas-Skövde	Stroke/Btsänkande	%	högt	67,8	79	sämre	sämre	-11,2	-14,2
Skas-Skövde	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	18,9	17,6	ej skilt	sämre	-1,3	-7,4
Skas-Skövde	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	68,3	57,3	bättre	bättre	11	19,2
Skas-Skövde	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	56,1	45,8	ej skilt	bättre	10,3	22,5
Skas-Skövde	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	65,7	60	ej skilt	bättre	5,7	9,5

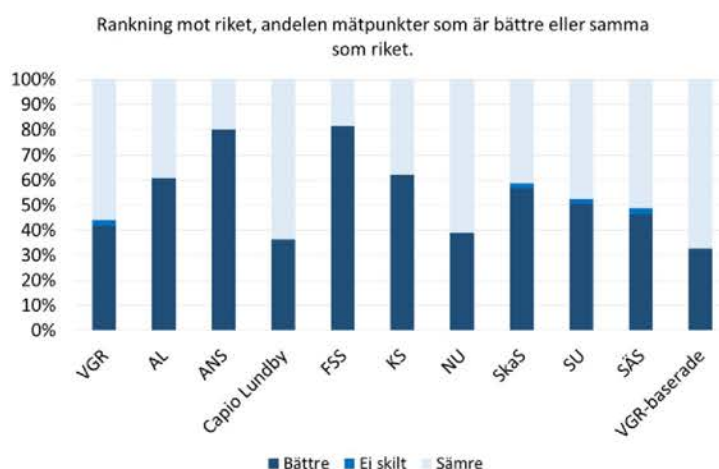
Skas-Skövde	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	85,3	86,3	ej skilt	sämre	-1	-1,2
Skas-Skövde	Stroke/TIA på strokenh	%	högt	87,3	81,4	ej skilt	bättre	5,9	7,2
Skas-Falköping	Njure/dialysdos	%	högt	85,4	74,4	ej skilt	bättre	11	14,8
Skas-Falköping	Njure/kärlaccess	%	högt	70,7	71,2	ej skilt	sämre	-0,5	-0,7
Skas-Skövde	Njure/dialysdos	%	högt	90,7	74,4	bättre	bättre	16,3	21,9
Skas-Skövde	Njure/kärlaccess	%	högt	75,9	71,2	ej skilt	bättre	4,7	6,6
Skas-Falköping	Psyk/ECT	%	högt	35,8	39,7	ej skilt	sämre	-3,9	-9,8
Skas-Falköping	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	72,6	55	bättre	bättre	17,6	32,0
SkaS	Ort/bisfosfonater	%	högt	15,2	9,5	bättre	bättre	5,7	60,0
SkaS-Lidköping	Ort/op 24 t	%	högt	56,9	70	sämre	sämre	-13,1	-18,7
SkaS-Lidköping	Ort/v_tid op	tim	lågt	27,9	22,8	sämre	sämre		-22,4
SkaS-Lidköping	Ort/åter eget boende	%	högt	63,8	68,5	ej skilt	sämre	-4,7	-6,9
Skas-Skövde	Ort/op 24 t	%	högt	58,7	70	sämre	sämre	-11,3	-16,1
Skas-Skövde	Ort/v_tid op	tim	lågt	27,8	22,8	sämre	sämre		-21,9
Skas-Skövde	Ort/åter eget boende	%	högt	70,8	68,5	ej skilt	bättre	2,3	3,4
SkaS-Lidköping	Ort/Höftpr impl över 10 år	%	högt	97,8	97,8	ej skilt	samma	0	0,0
SkaS-Lidköping	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	1,5	2,2	ej skilt	bättre	0,7	31,8
SkaS-Lidköping	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	90,5	88,3	ej skilt	bättre	2,2	2,5

SkaS-Lidköping	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	47,1	39,2	bättre	bättre	7,9	20,2
SkaS-Lidköping	Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	100	96,2	bättre	bättre	3,8	4,0
Skas-Skövde	Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	94,2	97,8	ej skilt	sämre	-3,6	-3,7
Skas-Skövde	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	1,6	2,2	ej skilt	bättre	0,6	27,3
Skas-Skövde	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	87,4	88,3	ej skilt	sämre	-0,9	-1,0
Skas-Skövde	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	40	39,2	ej skilt	bättre	0,8	2,0
Skas-Skövde	Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	93,3	96,2	ej skilt	sämre	-2,9	-3,0
Skas-Falköping	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	0,88	1	ej skilt	bättre		12,0
SkaS-Lidköping	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	0,7	1	ej skilt	bättre		30,0
Skas-Skövde	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,13	1	ej skilt	sämre		-13,0
Skas-Skövde	Ryggkir/Diskb minsk smärta	%	högt	59,3	73,3	ej skilt	sämre	-14	-19,1
Skas-Skövde	Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	48,9	57,4	ej skilt	sämre	-8,5	-14,8
SkaS	Ögon/Katarakt syn vid op	%	lågt	16,9	16,9	ej skilt	samma	0	0,0
SkaS	Ögon/Katarakt synförb	%	högt	90,4	90,5	ej skilt	sämre	-0,1	-0,1

Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU)



Figur 18. Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) visar goda resultat när de 160 indikatorerna (mätpunkterna) jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 151 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 85 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Resultatet är således bättre än VGR-genomsnittet, och bättre är riket då andelen bättre (mörkblå) är fler än de sämre (ljusblå).



Figur 19. Visar hur samtliga 160 indikatorer (mätpunkter) rankas mot riksgenomsnittet, det vill säga oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Femtiotvå procent av indikatorerna är för SU bättre (mörkblå) än riksgenomsnittet. Ifall sjukhuset skulle följt riksgenomsnittet borde 50 % av indikatorerna vara bättre, och 50 % sämre.

Även om resultaten för Sahlgrenska universitetssjukhuset är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta [rekommendationer SU](#). I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer SU

Antibiotika och vårdrelaterade infektioner

- Andelen vårdrelaterade infektioner vid SU:s nyföddhetsavdelning behöver minska, och generellt gäller att andelen penicillinpreparat av intravenösa antibiotika behöver öka.

Diabetesvård

- Andelen fotundersökta behöver öka vid SU-Sahlgrenska och SU-Östra, och på SU-Östra behöver andelen ögonundersökta öka. Även om diabetesvården vid SU är mycket god, och olika patientsammansättningar kan skilja mellan olika sjukhus, bör samtliga enheter vid SU sträva efter att så många som möjligt skall nå mål för blodtryck.

Hjärtinfarktvård

- Vid icke ST-höjningsinfarkt behöver samtliga enheter inom SU nå mål för kranskärlsröntgen inom 72 timmar. Problemet är dock inte enbart begränsat till SU. Frågan är i stora delar regional och kan behöva lösas på regional nivå.
- Hjärtinfarktsjukvården vid SU-Mölndal avviker inom ytterligare områden: andel som behandlas med RAAS-hämmare, andel som når blodtrycksmål och andel som slutar röka. Annan patientsammansättning kan förklara skillnaderna men granskning bör göras för att säkerställa att vården är jämlik utifrån patientsammansättning och individuella förutsättningar.

Intensivvård

- Intensivvårdsavdelningen vid SU-Mölndal har under flera år redovisat Standardized Mortality Ratio (SMR) som är högre än riksgenomsnittet. En intern utredning har gjorts, där man funnit att annan patientsammansättning skulle kunna förklara skillnaden. Men standardiseringen som görs för att beräkna SMR syftar till att justera för olika patientsammansättningar, varför frågan för oss fortfarande är något oklar. I koncernavdelning *Data och analys* kontakter med intensivvårdsregistret har vi fått indikationer på att rapporteringen från IVA-Mölndal till registret inte är komplett, och att sådana rapporteringsbrister skulle kunna vara en bidragande orsak. Vi rekommenderar därför IVA-Mölndal att säkerställa god rapportering till registret så att inte felaktigt hög standardiserad dödlighet redovisas.

fortsättning SU

Gynekologisk kirurgi

- Andelen komplikationsfria och symtomfria efter framfallskirurgi var lägre vid SU-Östra än i riket. Skillnaden ses för senaste mätperioden. En granskning bör göras för att se om skillnaden gentemot tidigare resultat är en tillfällighet eller ett rapporteringsproblem, eller om en reell försämring skett.

Gallkirurgi

- Vid SU-Östra är andelen som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi högre än rekommenderat mål, och andelen rapporterade komplikationer avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet. Indikatorerna för gallkirurgi bör dock diskuteras på sektorsrådet då vi förstått att registreringen i sig är problematisk. Det inte är självklart vad som avses med *förebyggande* antibiotika vid planerad gallkirurgi, eller vilka komplikationer som skall registreras. Skillnader i resultat kan enligt vår bedömning till stora delar bero på skillnader i hur man registrerar.

Obesitaskirurgi

- Uppföljning 2 år efter obesitaskirurgi är vid SU lägre än i riket. SU bör säkerställa att uppföljning efter obesitaskirurgi är välfungerande så att alla som behöver följas upp får sådan uppföljning.

Strokesjukvård

- Skillnader finns mellan de olika Strokeenheterna inom SU. Vid SU-Mölndal avviker andelen med ADL-beroende mer än 20 % från riksgenomsnittet, andelen med blodtryckssänkande behandling är lägre vid SU-Sahlgrenska än i riket, tillgodosedda behov av stöd och hjälp är lägre vid SU-Sahlgrenska och andelen som slutar röka avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-Östra. Även om SU kan ses som ett sammanhållet system för delar av strokesjukvården, där olika patientgrupper vårdas/flyttas till olika enheter, bör SU säkerställa att vården är jämlik. Andelen patienter med tillgodosedda behov av stöd och hjälp borde t ex. vara lika hög oavsett var man vårdas. Olika patientgrupper kan också innebära olika utmaningar, som att insatserna för rökstopp efter stroke kan behöva vara mer kraftfulla vid SU-Östra.

fortsättning SU

Ortopedi

- Höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar behöver öka så att rekommenderat mål nås.
- Knäprotesoperationer. Kontroll bör göras för att undersöka om/varför relativa revisionsrisken är högre än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelser beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.
- Ryggoperation, spinal stenos. Kontroll bör göras för att undersöka om/varför patienterna har sämre smärtlindring av operationen än riksgenomsnittet. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelser beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Väntetider och ledtider

- Andel på akutmottagningen som bedöms av läkare inom en timma behöver öka. Handlingsplan finns och åtgärder är vidtagna. Det är ännu för tidigt att säga om rekommenderat mål kommer att nås.
- Andelen som når vårdgarantimålet för första besök behöver öka inom ögonsjukvård och ortopedi, och generellt behöver andelen som når de olika vårdgarantimålen inom barn- och ungdomspsykiatri öka.

Resultat SU

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Tio områden identifieras

- Nyföddhetsvård
 - o Hög andel vårdrelaterade infektioner på SU-Östra.
- Diabetesvård
 - o Lägre andel fotundersökta på SU-S och SU-Ö, och lägre andel ögonundersökta på SU-Ö.
- Hjärtinfarktvård
 - o Reperfusion i tid, avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-M och SU-Ö.
 - o Kranskärlsröntgen inom 72 timmar, lägre vid SU-M och SU-Ö, och inom 30 dagar vid SU-Ö.
 - o RAAS-hämmare, lägre andel vid SU-M.
 - o Andel som når blodtrycksmål lägre vid SU-M.
 - o Andel som slutat röka lägre vid SU-M.
- Intensivvård
 - o Standardized Mortality Ratio (SMR) högre vid SU-M.
- Framfallsoperationer
 - o Lägre andel komplikationsfria och symtomfria vid SU-Ö.
- Gallkirurgi
 - o Minimalinvasiv kirurgi används mer sällan vid SU-S.
 - o Profylaktisk antibiotika används oftare vid SU-S och SU-Ö.
 - o Rapporterade komplikationer avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-S och SU-Ö.
- Obesitaskirurgi
 - o Sämre viktninskning efter ett år vid SU-S och lägre 2-årsuppföljning vid SU-Ö.
- Strokesjukvård
 - o ADL-beroende avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-M.
 - o Behandling med blodtryckssänkande läkemedel lägre än i riket vid SU-S.
 - o Tillgodosedda behov av stöd och hjälp lägre vid SU-S.
 - o Rökstopp efter stroke avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-Ö.
- Psykiatri
 - o Andel som depressionsskattas efter ECT är lägre vid SU-M och SU-Ö.
- Ortopedi
 - o Höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar lägre än i riket.
 - o Knäprotes, relativ revisionsrisk avviker mer än 20 % från riksgenomsnittet vid SU-M.
 - o Ryggkirurgi, spinal stenosis, minskad smärta efter operation är lägre vid SU.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Diabetessjukvård
 - andel patienter med blodtryck < 140/85 mmHg når ej mål (90 %) vid SU-M (83,9 %), SU-S (77,6 %) eller SU-Ö (82 %).
- Hjärtinfarktvård
 - andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar (62,3 %) når ej mål (85 %), särskilt inte vid SU-M.
- Antibiotika
 - andel penicillinpreparat av penicilliner, cefalosporiner och piperacillin/tazobactam (54,8 %) når ej mål (70 %).
 - andelen patienter som sjukhusvårdas för samhällsförvärvad lunginflammation, och som initialt behandlas med penicillinpreparat (31,3 %) når ej mål (55 %).
- Höftfraktur, andel som opereras inom 24 timmar (60,1 %) når ej mål (75 %).
- Ljumsckbräck opererade i dagkirurgi, når ej mål. Indikatoren dock ej relevant för SU.
- Antibiotika vid planerad gallkirurgi (27,8 %) når ej mål (max 12 %).
- Väntetid
 - Andel som träffar läkare inom en timma (33,7 %) når ej mål (55 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Vårdgarantin, tid till första besök särskilt låg inom ögonsjukvård och ortopedi
- Barn- och ungdomspsykiatri, måluppfyllelse vårdgaranti är alla låga för första besök inom 1 månad, behandling inom 1 månad och fördjupad utredning inom 1 månad.

Från controllingrapporter november 2017

- Diabetes, andel patienter med blodtryck < 140/85 mmHg når ej mål.
 - Åtgärd: De olika enheterna vid SU har vid riksjämförelse hög andel patienter med blodtryck <140/85, även om man ännu ej når utsatt mål. Även om individuell bedömning är viktig, och patientsammansättningen kan vara annorlunda på SU jämfört med övriga sjukhus i regionen, är det inte fullt klarlagt om andelen diabetespatienter vid SU med blodtryck <140/85 skall öka. Prognosen bedöms som oklar.
- Hjärtinfarktvård, andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar
 - Åtgärd: Bättre resurser efter sommaren, tydliga rutiner SU-Ö, förbättrade transporter och logistik har minskat skillnaderna mellan de olika SU-tomterna. Man når nu rekommenderat mål på såväl SU-S som SU-Ö men ej för SU-M. Oklart om ytterligare förbättring i sikte. Prognosen osäker för SU-M.

- Antibiotika, andel penicillinpreparat av vissa intravenösa antibiotika, och andel som initialt behandlas med penicillinpreparat vid samhällsförvärdad lunginflammation når ej mål.
 - Åtgärd: Även om man gjort avsteg från lokala rekommendationer, vilket innebär att man använder cefalosporiner vid febril UVI, så bör SU med följande insatser kunna öka andelen penicillinpreparat. Dessa innefattar bland annat ledningsläkare på akuten och att STRAMA gör riktade insatser mot akutmottagningarna. Till viss del kan även felklassificering påverka resultatet, dvs. att vårdrelaterade pneumonier felaktigt klassas som samhällsförvärdad. Man räknar med att nå mål år 2020. Prognos på sikt bedöms som god.
- Höftfraktur, andel opererade inom 24 timmar (60,5 %) når ej mål (75 %)
 - Åtgärd: Vårdplatsbrist och brist på operationssalar är de viktigaste orsakerna till att rekommenderad andel inte opereras i tid. För höftprocessen kommer värdebaserad vård att starta hösten 2017, i syfte att förbättra utfallet för patientgruppen. Huruvida det kommer att öka antalet opererade inom 24 timmar är oklart. Prognos osäker.
- Gallkirurgi, förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi är högre (26,8 %) än rekommenderat mål (12 %).
 - Frågan ej relevant för SU-S, men på SU-Ö ses enligt kvartalen en förbättring under andra kvartalet 2017 (14,9). Om det är en tillfällig variation eller stabil reduktion får utvärderas vid controlling 2018. Prognos oklar.
- Andel på akutmottagningen som bedöms av läkare inom en timma behöver öka.
 - Åtgärd: Tydliga planer och insatser vidtagna för att öka tillgänglighet och förkorta ledtiderna. Prognosen sannolikt god.

Tabell 10. Indikatorer Sahlgrenska universitetssjukhuset

Sjukhus	år/period	Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
SU	2016	Astma/barn AKT>19	%	högt	78,4	74,9		bättre	3,5	4,7
SU	2016	Astma/Barn Normal lungf	%	högt	75,8	59,7		bättre	16,1	27,0
SU	2016	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	57,1	54,9	ej skilt	bättre	2,2	4,0
SU	2016	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	88,4	88,5	ej skilt	sämre	-0,1	-0,1
SU	2016	Diab/Barn kontr BT	%	högt	69,2	70,3	ej skilt	sämre	-1,1	-1,6
SU	2016	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	81,6	72,2	bättre	bättre	9,4	13,0
SU	2016	Diab/Barn kontr U- alb	%	högt	57,6	50,6	bättre	bättre	7	13,8
SU	2016	VRI/Barn neo	%	lågt	2,39	1,24	sämre	sämre	- 1,15	-92,7
SU-M	2016	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	27	21,2	bättre	bättre	5,8	27,4
SU-M	2016	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/l	%	lågt	12,8	20,2	bättre	bättre	7,4	36,6
SU-M	2016	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	95,4	92,7	ej skilt	bättre	2,7	2,9
SU-M	2016	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	81,9	74,7	bättre	bättre	7,2	9,6
SU-M	2016	Diab1/Vuxna LDL- kolest<2,5	%	högt	60	55,6	ej skilt	bättre	4,4	7,9
SU-M	2016	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	95,2	95,1	ej skilt	bättre	0,1	0,1
SU-M	2016	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	94,9	89,3	bättre	bättre	5,6	6,3
SU-M	2016	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	94,3	80,9	bättre	bättre	13,4	16,6

SU-S	2016	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	26,8	21,2	bättre	bättre	5,6	26,4
SU-S	2016	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/l	%	lågt	17,5	20,2	bättre	bättre	2,7	13,4
SU-S	2016	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	92,8	92,7	ej skilt	bättre	0,1	0,1
SU-S	2016	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	78,3	74,7	bättre	bättre	3,6	4,8
SU-S	2016	Diab1/Vuxna LDL- kolest<2,5	%	högt	62,4	55,6	bättre	bättre	6,8	12,2
SU-S	2016	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	100	95,1	bättre	bättre	4,9	5,2
SU-S	2016	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	72,2	89,3	sämre	sämre	- 17,1	-19,1
SU-S	2016	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	100	80,9	bättre	bättre	19,1	23,6
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/l	%	högt	30,8	21,2	bättre	bättre	9,6	45,3
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/l	%	lågt	15,3	20,2	bättre	bättre	4,9	24,3
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	95,3	92,7	bättre	bättre	2,6	2,8
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	83	74,7	bättre	bättre	8,3	11,1
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna LDL- kolest<2,5	%	högt	65,2	55,6	bättre	bättre	9,6	17,3
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	91,5	95,1	sämre	sämre	-3,6	-3,8
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	80	89,3	sämre	sämre	-9,3	-10,4
SU-Ö	2016	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	83,6	80,9	ej skilt	bättre	2,7	3,3
SU	2016	Grav/tobak v30-32	%	lågt	3,1	3,8	bättre	bättre	0,7	18,4
SU	2016	Grav/bristningar gr III-IV	%	lågt	3,5	5,3	bättre	bättre	1,8	34,0

SU	2016	Grav/Seccio	%	lågt	7,3	7,7	ej skilt	bättre	0,4	5,2
SU	2016	Grav/låg Apgar	%	lågt	1,3	1,4	ej skilt	bättre	0,1	7,1
SU-M	2016	Hjärta/Reperf	%	högt	69,2	91,5	ej skilt	sämre	- 22,3	-24,4
SU-M	2016	Hjärta/reperf i tid	%	högt	77,8	76,7	ej skilt	bättre	1,1	1,4
SU-M	2016	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	92,3	91,2	ej skilt	bättre	1,1	1,2
SU-M	2016	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	28,8	78,8	sämre	sämre	-50	-63,5
SU-M	2016	Hjärta/antikoag	%	högt	94,6	97	ej skilt	sämre	-2,4	-2,5
SU-M	2016	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	75	90,8	sämre	sämre	- 15,8	-17,4
SU-M	2016	Hjärta/BT	%	högt	61,9	77	sämre	sämre	- 15,1	-19,6
SU-M	2016	Hjärta/Fys akt	%	högt	69,4	51,9	bättre	bättre	17,5	33,7
SU-M	2016	Hjärta/LDL-kol	%	högt	69	59,5	ej skilt	bättre	9,5	16,0
SU-M	2016	Hjärta/Rökstopp	%	högt	35,7	54	ej skilt	sämre	- 18,3	-33,9
SU-S	2016	Hjärta/Reperf	%	högt	88,5	91,5	ej skilt	sämre	-3	-3,3
SU-S	2016	Hjärta/reperf i tid	%	högt	77,4	76,7	ej skilt	bättre	0,7	0,9
SU-S	2016	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	98,9	91,2	bättre	bättre	7,7	8,4
SU-S	2016	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	75,1	78,8	ej skilt	sämre	-3,7	-4,7
SU-S	2016	Hjärta/antikoag	%	högt	97,6	97	ej skilt	bättre	0,6	0,6
SU-S	2016	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	93,4	90,8	ej skilt	bättre	2,6	2,9
SU-S	2016	Hjärta/BT	%	högt	72	77	ej skilt	sämre	-5	-6,5
SU-S	2016	Hjärta/Fys akt	%	högt	54,8	51,9	ej skilt	bättre	2,9	5,6
SU-S	2016	Hjärta/LDL-kol	%	högt	75	59,5	bättre	bättre	15,5	26,1
SU-S	2016	Hjärta/Rökstopp	%	högt	53,8	54	ej skilt	sämre	-0,2	-0,4
SU-Ö	2016	Hjärta/Reperf	%	högt	85,2	91,5	ej skilt	sämre	-6,3	-6,9

SU-Ö	2016	Hjärta/reperf i tid	%	högt	60,9	76,7	ej skilt	sämre	-15,8	-20,6
SU-Ö	2016	Hjärta/kransk rtg 30 dgr	%	högt	90,4	91,2	sämre	sämre	-0,8	-0,9
SU-Ö	2016	Hjärta/kransk rtg 72 t	%	högt	51	78,8	sämre	sämre	-27,8	-35,3
SU-Ö	2016	Hjärta/antikoag	%	högt	95,3	97	ej skilt	sämre	-1,7	-1,8
SU-Ö	2016	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	88	90,8	bättre	sämre	-2,8	-3,1
SU-Ö	2016	Hjärta/BT	%	högt	77,2	77	ej skilt	bättre	0,2	0,3
SU-Ö	2016	Hjärta/Fys akt	%	högt	67,8	51,9	bättre	bättre	15,9	30,6
SU-Ö	2016	Hjärta/LDL-kol	%	högt	61,5	59,5	ej skilt	bättre	2	3,4
SU-Ö	2016	Hjärta/Rökstopp	%	högt	46,5	54	ej skilt	sämre	-7,5	-13,9
SU	2016	HIV/Viruskontroll	%	högt	95,2	94,2		bättre	1	1,1
SU-BIVA	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,12	2,25	ej skilt	bättre	0,13	5,8
SU-CIVA	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,6	0,61		bättre		1,6
SU-CIVA	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	1,81	2,25	ej skilt	bättre	0,44	19,6
SU-M	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,94	0,61		sämre		-54,1
SU-M	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,42	2,25	ej skilt	sämre	-0,17	-7,6
SU-NIVA	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,42	0,61		bättre		31,1
SU-NIVA	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	0,95	2,25	bättre	bättre	1,3	57,8
SU-TIVA	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,69	0,61		sämre		-13,1
SU-TIVA	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,2	2,25	ej skilt	bättre	0,05	2,2
SU-Ö	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,33	0,61		bättre		45,9
SU-Ö	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	2,46	2,25	ej skilt	sämre	-0,21	-9,3
SU-Infektion	2016	IVA/SMR	index	lågt	0,61	0,61		samma		0,0
SU-Infektion	2016	IVA/oplan återinskr	%	lågt	0,88	2,25	ej skilt	bättre	1,37	60,9

SU-S	2016	Gyn/framfall symt fri	%	högt	73,3	74,1	ej skilt	sämre	-0,8	-1,1
SU-Ö	2016	Gyn/framfall kompl fri	%	högt	54,9	65,5	sämre	sämre	-10,6	-16,2
SU-Ö	2016	Gyn/framfall symt fri	%	högt	66,7	74,1	sämre	sämre	-7,4	-10,0
SU-S	2016	Galla/miniinv	%	högt	50	95,9	sämre	sämre	-45,9	-47,9
SU-S	2016	Galla/antib	%	lågt	65	13,7	sämre	sämre	-51,3	-374,5
SU-S	2016	Galla/kompl	%	lågt	5	3,7	ej skilt	sämre	-1,3	-35,1
SU-Ö	2016	Galla/miniinv	%	högt	97,7	95,9	ej skilt	bättre	1,8	1,9
SU-Ö	2016	Galla/antib	%	lågt	26,6	13,7	sämre	sämre	-12,9	-94,2
SU-Ö	2016	Galla/kompl	%	lågt	7	3,7	ej skilt	sämre	-3,3	-89,2
SU	2016	Gyn/inkont kompl fri	%	högt	70,6	70,4	ej skilt	bättre	0,2	0,3
SU	2016	Gyn/inkont koninent	%	högt	61	66	ej skilt	sämre	-5	-7,6
SU	2016	Kärl/tid till op carotis	%	högt	79,8	82,4	ej skilt	sämre	-2,6	-3,2
SU	2016	Kärl/död eller amp kärl ben	%	lågt	3,6	4,5	ej skilt	bättre	0,9	20,0
SU-S	2016	Bräck/ej omop	%	högt	94,6	97,3	ej skilt	sämre	-2,7	-2,8
SU-Ö	2016	Bräck/ej omop	%	högt	99,6	97,3	bättre	bättre	2,3	2,4
SU-S	2016	Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	85,3	80,7	ej skilt	bättre	4,6	5,7
SU-S	2016	Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	69,5	54,5	bättre	bättre	15	27,5
SU-S	2016	Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	64	81	sämre	sämre	-17	-21,0
SU-S	2016	Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	78,3	82	ej skilt	sämre	-3,7	-4,5
SU-Ö	2016	Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	92,9	80,7	bättre	bättre	12,2	15,1
SU-Ö	2016	Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	26,1	54,5	sämre	sämre	-28,4	-52,1

SU-Ö	2016	Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	80,2	81	ej skilt	sämre	-0,8	-1,0
SU-Ö	2016	Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	80,2	82	ej skilt	sämre	-1,8	-2,2
SU-M	2016	Stroke/direktinskriv	%	högt	89,1	77,6	Bättre	bättre	11,5	14,8
SU-M	2016	Stroke/test sväljförn	%	högt	85,3	87	ej skilt	sämre	-1,7	-2,0
SU-M	2016	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	71,7	75,4	ej skilt	sämre	-3,7	-4,9
SU-M	2016	Stroke/Btsänkande	%	högt	81,3	79	ej skilt	bättre	2,3	2,9
SU-M	2016	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	22,6	17,6	ej skilt	sämre	-5	-28,4
SU-M	2016	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	50,5	57,3	ej skilt	sämre	-6,8	-11,9
SU-M	2016	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	46,2	45,8	ej skilt	bättre	0,4	0,9
SU-M	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	54,8	60	ej skilt	sämre	-5,2	-8,7
SU-M	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	80,6	86,3	ej skilt	sämre	-5,7	-6,6
SU-M	2016	Stroke/TIA på strokenh	%	högt	89	81,4	Bättre	bättre	7,6	9,3
SU-S	2016	Stroke/reperf	%	högt	17,6	14,1	Bättre	bättre	3,5	24,8
SU-S	2016	Stroke/direktinskriv	%	högt	85,5	77,6	Bättre	bättre	7,9	10,2
SU-S	2016	Stroke/test sväljförn	%	högt	94,6	87	Bättre	bättre	7,6	8,7
SU-S	2016	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	85,5	75,4	Bättre	bättre	10,1	13,4
SU-S	2016	Stroke/Btsänkande	%	högt	68,9	79	Sämre	sämre	-10,1	-12,8
SU-S	2016	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	19,8	17,6	ej skilt	sämre	-2,2	-12,5
SU-S	2016	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	45	57,3	Sämre	sämre	-12,3	-21,5

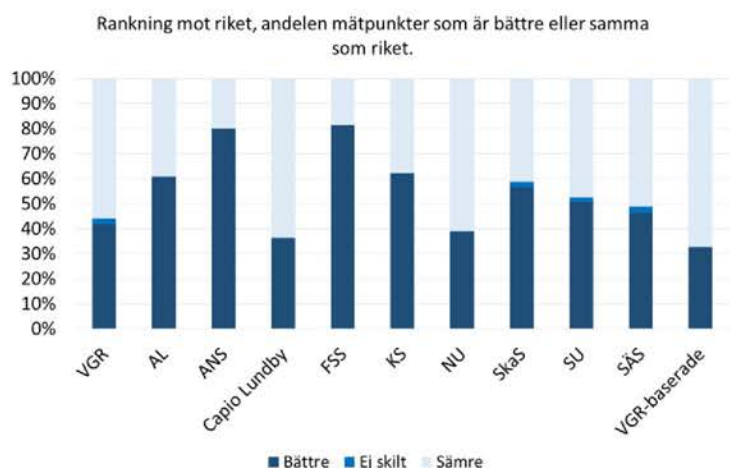
SU-S	2016	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	61,7	45,8	ej skilt	bättre	15,9	34,7
SU-S	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	55,7	60	ej skilt	sämre	-4,3	-7,2
SU-S	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	82,9	86,3	ej skilt	sämre	-3,4	-3,9
SU-S	2016	Stroke/TIA på strokeenh	%	högt	77,6	81,4	ej skilt	sämre	-3,8	-4,7
SU-Ö	2016	Stroke/direktinskriv	%	högt	83	77,6	Bättre	bättre	5,4	7,0
SU-Ö	2016	Stroke/test sväljförm	%	högt	87	87	ej skilt	samma	0	0,0
SU-Ö	2016	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	83,3	75,4	ej skilt	bättre	7,9	10,5
SU-Ö	2016	Stroke/Btsänkande	%	högt	80,8	79	ej skilt	bättre	1,8	2,3
SU-Ö	2016	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	13,2	17,6	ej skilt	bättre	4,4	25,0
SU-Ö	2016	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	60	57,3	ej skilt	bättre	2,7	4,7
SU-Ö	2016	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	34,9	45,8	ej skilt	sämre	-10,9	-23,8
SU-Ö	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	53,7	60	ej skilt	sämre	-6,3	-10,5
SU-Ö	2016	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	84,8	86,3	ej skilt	sämre	-1,5	-1,7
SU-Ö	2016	Stroke/TIA på strokeenh	%	högt	96,3	81,4	bättre	bättre	14,9	18,3
SU-M	2016	Njure/dialysdos	%	högt	80	74,4	ej skilt	bättre	5,6	7,5
SU-M	2016	Njure/kärlaccess	%	högt	62,7	71,2	ej skilt	sämre	-8,5	-11,9
SU-njurmed	2016	Njure/dialysdos	%	högt	80,9	74,4	ej skilt	bättre	6,5	8,7
SU-njurmed	2016	Njure/kärlaccess	%	högt	59,6	71,2	ej skilt	sämre	-11,6	-16,3
SU-Östra 305	2016	Njure/dialysdos	%	högt	80,5	74,4	ej skilt	bättre	6,1	8,2

SU-Östra 305	2016	Njure/kärlaccess	%	högt	68,3	71,2	ej skilt	sämre	-2,9	-4,1
SU	2016	Psyk/ECT	%	högt	35,1	39,7	ej skilt	sämre	-4,6	-11,6
SU-M	2016	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	30	55	sämre	sämre	-25	-45,5
SU-S	2016	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	49,1	55	ej skilt	sämre	-5,9	-10,7
SU-Ö	2016	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	4,3	55	sämre	sämre	-50,7	-92,2
SU	2016	Ort/bisfosfonater	%	högt	13,7	9,5	bättre	bättre	4,2	44,2
SU	2016	Ort/op 24 t	%	högt	65,5	70	sämre	sämre	-4,5	-6,4
SU	2016	Ort/v_tid op	tim	lågt	24,5	22,8	ej skilt	sämre		-7,5
SU	2016	Ort/åter eget boende	%	högt	73,9	68,5	bättre	bättre	5,4	7,9
SU	2016	Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	83,9	97,8	ej skilt	sämre	-13,9	-14,2
SU	2016	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	2,2	2,2	ej skilt	samma	0	0,0
SU	2016	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	85,3	88,3	ej skilt	sämre	-3	-3,4
SU	2016	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	34,1	39,2	ej skilt	sämre	-5,1	-13,0
SU	2016	Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	97	96,2	ej skilt	bättre	0,8	0,8
SU-M	2016	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,24	1	ej skilt	sämre		-24,0
SU-S	2016	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	1,15	1	ej skilt	sämre		-15,0
SU-Ö	2016	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	0,96	1	ej skilt	bättre		4,0
SU	2016	Ryggkir/Diskb minsk smärta	%	högt	62	73,3	ej skilt	sämre	-11,3	-15,4
SU	2016	Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	43,2	57,4	sämre	sämre	-14,2	-24,7
SU	2016	Ögon/Katarakt syn vid op	%	lågt	17,5	16,9	ej skilt	sämre	-0,6	-3,6
SU	2016	Ögon/Katarakt synförb	%	högt	87,8	90,5	ej skilt	sämre	-2,7	-3,0

Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)



Figur 20. Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) visar goda resultat när de 82 indikatorerna jämförs mot riksgenomsnittet. Av de 80 indikatorer där en statistisk jämförelse kan göras, är 86 % bättre (mörkblå) eller inte säkert skilt (mellanblå) från riksgenomsnittet. Andelen är högre än VGR-genomsnittet och högre än riksgenomsnittet då andelen bättre (mörkblå) är högre än andelen sämre (ljusblå).



Figur 21. Visar hur samtliga 82 indikatorer rankas mot riksgenomsnittet, oavsett om skillnaden är statistiskt säker eller ej. Fyrtionio procent av indikatorerna är bättre (mörkblå) än riksgenomsnittet. Sjukhuset följer således riksgenomsnittet, dvs. cirka 50 % av indikatorerna är bättre, och 50 % sämre än riksgenomsnittet.

Även om resultaten för Södra Älvsborgs sjukhus är goda, finns områden som kan förbättras. Förslag på sådana åtgärder listas i faktaruta rekommendationer SÄS. I rekommendationerna har vi exkluderat förbättringsområden där sjukhuset enligt kontrollingen november 2017 redan har en åtgärdsplan som bedöms positiv. I denna rapport har vi fokuserat på områden som klart avviker från riksgenomsnittet respektive rekommenderade målnivåer utifrån resultat i Kvartalen. Hur dessa avvikelser är definierade redovisas i [Metod-avsnittet](#).

Rekommendationer SÄS

Diabetessjukvården

- Behandling av höga blodfetter (høgt LDL-kolesterol) behöver förbättras.
- Antalet diabetespatienter som gör fotundersökning varje år behöver öka.

Graviditet och förlossning

- Andelen kvinnor som röker under graviditeten bör minska.
- Andelen kejsarsnitt har i princip dubblats sedan 2004 och har senaste året passerat riksgenomsnittet. Någon rekommenderad målnivå finns visserligen inte men orsaken till ökningen kan behöva granskas.

Hjärtinfarktvård

- Andelen som deltar i fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt behöver öka.

Intensivvård

- Andelen oplanerad återinskrivning inom 72 timmar är högre än i riket och högre än rekommenderade 3 %. Høg andel oplanerad återinskrivning brukar ses som ett belastningsproblem någonstans i vårdkedjan, antingen på intensivvårdsavdelningen (att patienten skrivs ut för tidigt) eller på mottagande avdelning (att adekvat vård ej kan erbjudas). Granskning rekommenderas för att kartlägga eventuella orsaker till den høgre återinskrivningsfrekvensen.

Gallkirurgi

- Vid SÄS-Borås är andelen som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi høgre än i riket, och den rapporterade komplikationsfrekvensen vid planerad gallkirurgi avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet vid både SÄS-Borås och SÄS-Skene. Indikatorerna bör diskuteras på sektorsrådet då vi förstått att registreringen i sig är problematisk. Det är inte självklart vad som avses med *förebyggande* antibiotika vid planerad gallkirurgi, eller vilka komplikationer som skall registreras. Skillnader i resultat kan enligt vår bedömning till stora delar bero på skillnader i hur man registrerar.

Kärlkirurgi

- Andelen patienter som dör eller amputeras ovan fotled efter operation av kärlförträngning i ben avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet. Granskning bör göras, men då antalet patienter är lågt behöver man ha i åtanke att slumpvariation kan ha betydelse.

fortsättning SAS

Strokesjukvård

- Test av sväljförmåga vid stroke behöver öka, liksom andelen som slutar röka efter stroke.

Njursjukvård

- Andel som når dos för dialysmål behöver öka. Vid tidigare controllingmöten har det rapporterats att utrustning för mätning av restfunktion saknas på SÄS. Sjukhuset behöver tillse att utrustning och rutiner finns för korrekt bedömning av dialysdos, och att mål för dialysdos nås.

Psykiatri

- Andelen ECT vid svår depression kan behöva öka. Indikatorn mäter endast de som sjukhusvårdas, dvs. är inskrivna, vilket skulle kunna innebära att alla patienter med svår depression som behandlas med ECT inte finns med i statistiken. Med detta i beaktande bör granskning göras så att alla som bör få ECT vid svår depression får sådan behandling.

Ortopedi

- Andelen som behandlas med bisfosfonater efter benskörhetsfraktur behöver öka. Troligen stämmer detta även om de siffror som redovisas i nuvarande system enbart baseras på receptförskrivna läkemedel. Rekvisitionsläkemedel fångas inte i nuvarande rapportering. Behandlingen av benskörhet har förändrats sista åren, där användandet av rekvisitionsläkemedel ökat kraftigt, varför det i nuläget är svårt att exakt uppskatta om alla som behöver sådan behandling numer får den.
- Andelen patienter som reopereras inom 2 år efter höftprotesoperation är något högre än i riket (avviker mer än 20 %). Antalet patienter är dock få varför slumpvariation kan ha betydelse. Med detta i beaktande bör granskning göras för att kartlägga vad avvikelsen beror på.
- Lindring av bensmärta efter operation av spinal stenosis är vid ojusterad jämförelse sämre än i riket. SVEUS-rapporten kan ge information om huruvida avvikelsen beror på annan patientsammansättning eller om det är ett kvalitetsproblem.

Ögonsjukvård

- Tillgängligheten för kataraktkirurgi behöver öka.

Väntetider och ledtider

- Den försämrade tillgängligheten inom ortopedi (första besök) och kirurgi (operation/åtgärd, kirurgi övriga) behöver åtgärdas.

Resultat SÄS

Resultat från Verksamhetsanalys 2017

Fyra områden identifieras

- Diabetessjukvård
 - andelen med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L lägre än i riket
 - andelen fotundersökta lägre än i riket.
- Gravitet och förlossning
 - andel kvinnor som röker under graviditeten är högre än i riket.
 - andel kejsarsnitt avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.
- Hjärtinfarktvård
 - andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar lägre än i riket.
 - andel som deltagit i fysiskt träningsprogram är lägre än i riket.
- Intensivvård
 - andel oplanerad återinskrivning högre än i riket, även högre än rekommenderade 3 procent.
- Gallkirurgi
 - andel vid SÄS-Borås som får förebyggande antibiotika vid planerad gallkirurgi är högre än i riket.
 - andel registrerade komplikationer vid planerad gallkirurgi vid såväl SÄS-Borås som SÄS-Skene avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet. Det rör sig dock om enstaka patienter varför slumpvariation och registreringsskillnader kan ha betydelse.
- Kärllkirurgi
 - andel patienter som avlider eller amputeras ovan fotled efter operation av kärlförträngning i ben avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet. Det rör sig dock om enstaka patienter varför slumpvariation kan ha betydelse.
- Strokesjukvård
 - andel patienter där sväljförmågan testats är lägre än i riket.
 - andel patienter som slutar röka efter insjuknandet avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.
- Njursjukvård
 - andel som uppnår dialysdos är lägre än i riket.
- Psykiatri
 - andel ECT vid svår depression avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.
- Ortopedi
 - andel med benskörhetsfraktur som behandlas med receptförskrivna bisfosfonater avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.
 - höftprotes, andel som reopereras inom två år avviker ≥ 20 % från riksgenomsnittet.
 - ryggkirurgi, operation av spinal stenosis, andel med minskad bensmärta lägre än i riket.
- Ögonsjukvård

- o kataraktoperation, andel med syn < 0,5 på bästa ögat vid tid för operation är högre än i riket.

Resultat från Kvartalen – 12-månadersperioden som avslutas med andra kvartalet 2017

- Diabetesvård
 - o andel med blodtryck <140/85 mm Hg är lägre än i riket.
- Hjärtinfarktvård
 - o andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar (71,4 %) når ej mål (85 %).

Från Faktaunderlag Vårdbehov 2017

- Tid till första besök, försämring inom ortopedin sedan januari 2015.
- Tid till operation/åtgärd, succesiv försämring inom ”kirurgi övriga”.

Från controllingrapporter november 2017

- Diabetes, andel med blodtryck <140/85 mm Hg är lägre än i riket
 - o Åtgärd: Målet bör gå att nå. Med fler underläkare och specialistsjuksköterskor tror man sig kunna nå målet. Prognosen bedöms som god.
- Hjärtinfarktvård, andel som genomgår kranskärlsröntgen inom 72 timmar når ej mål
 - o Åtgärd: Registreringsproblem finns, vilket kommer att åtgärdas. Detta tillsammans med internt förbättringsarbete kommer att lösa problemet. Prognos bedöms som god.

Tabell 11. Indikatorer för Södra Älvsborgs sjukhus

Sjukhus	Indikator	Sort	Riktning	Värde	Riket	Statistik	Rankning	Diff riket	Diff riket proc
SÄS	Diab/Barn HbA1c < 57 mmol/mol	%	högt	54	54,9	ej skilt	sämre	-0,9	-1,6
SÄS	Diab/Barn HbA1c < 70 mmol/mol	%	högt	91	88,5	ej skilt	bättre	2,5	2,8
SÄS	Diab/Barn kontr BT	%	högt	81,8	70,3	bättre	bättre	11,5	16,4
SÄS	Diab/Barn ögonfoto	%	högt	85,1	72,2	bättre	bättre	12,9	17,9
SÄS	Diab/Barn kontr U-alb	%	högt	77	50,6	bättre	bättre	26,4	52,2
SÄS	VRI/Barn neo	%	lågt	0,48	1,24	bättre	bättre	0,76	61,3
SÄS	Diab1/Vuxna HbA1c<52 mmol/mol	%	högt	23,5	21,2	ej skilt	bättre	2,3	10,8
SÄS	Diab1/Vuxna HbA1c>70 mmol/mol	%	lågt	20,4	20,2	ej skilt	sämre	-0,2	-1,0
SÄS	Diab1/Vuxna BT < 150 mmHg	%	högt	92,3	92,7	ej skilt	sämre	-0,4	-0,4
SÄS	Diab1/Vuxna BT<140/85 mmHg	%	högt	77,7	74,7	bättre	bättre	3	4,0
SÄS	Diab1/Vuxna LDL-kolest<2,5	%	högt	47,3	55,6	sämre	sämre	-8,3	-14,9
SÄS	Diab1/Vuxna ögonunders	%	högt	99,9	95,1	bättre	bättre	4,8	5,0
SÄS	Diab1/Vuxna fotunders	%	högt	77,5	89,3	sämre	sämre	-11,8	-13,2
SÄS	Diab1/Vuxna kontr U-alb	%	högt	100	80,9	bättre	bättre	19,1	23,6
SÄS	Grav/tobak v30-32	%	lågt	5,6	3,8	sämre	sämre	-1,8	-47,4
SÄS	Grav/bristningar gr III-IV	%	lågt	5,7	5,3	ej skilt	sämre	-0,4	-7,5
SÄS	Grav/Section	%	lågt	9,3	7,7	ej skilt	sämre	-1,6	-20,8
SÄS	Grav/låg Apgar	%	lågt	1,3	1,4	ej skilt	bättre	0,1	7,1
SÄS	Hjärta/Reperf	%	högt	92,1	91,5	ej skilt	bättre	0,6	0,7
SÄS	Hjärta/reperf i tid	%	högt	76,7	76,7	ej skilt	samma	0	0,0

SÄS	Hjärta/kransk rttg 30 dgr	%	högt	76,3	91,2	sämre	sämre	-14,9	-16,3
SÄS	Hjärta/kransk rttg 72 t	%	högt	62,7	78,8	sämre	sämre	-16,1	-20,4
SÄS	Hjärta/antikoag	%	högt	93,7	97	ej skilt	sämre	-3,3	-3,4
SÄS	Hjärta/RAAS-hämmare	%	högt	95,6	90,8	bättre	bättre	4,8	5,3
SÄS	Hjärta/BT	%	högt	68,9	77	ej skilt	sämre	-8,1	-10,5
SÄS	Hjärta/Fys akt	%	högt	36,4	51,9	sämre	sämre	-15,5	-29,9
SÄS	Hjärta/LDL-kol	%	högt	50	59,5	ej skilt	sämre	-9,5	-16,0
SÄS	Hjärta/Rökstopp	%	högt	54	54	ej skilt	samma	0	0,0
SÄS	HIV/Viruskontroll	%	högt	95,1	94,2		bättre	0,9	1,0
SÄS	IVA/SMR	index	lågt	0,65	0,61		sämre		-6,6
SÄS	IVA/oplan återinskr	%	lågt	3,14	2,25	ej skilt	sämre	-0,89	-39,6
SÄS	Gyn/framfall kompl fri	%	högt	68	65,5	ej skilt	bättre	2,5	3,8
SÄS	Gyn/framfall symt fri	%	högt	70,5	74,1	ej skilt	sämre	-3,6	-4,9
SÄS-Borås	Galla/miniinv	%	högt	95,2	95,9	ej skilt	sämre	-0,7	-0,7
SÄS-Borås	Galla/antib	%	lågt	33,3	13,7	sämre	sämre	-19,6	-143,1
SÄS-Borås	Galla/kompl	%	lågt	4,8	3,7	ej skilt	sämre	-1,1	-29,7
SÄS-Skene	Galla/miniinv	%	högt	100	95,9	ej skilt	bättre	4,1	4,3
SÄS-Skene	Galla/antib	%	lågt	0	13,7	Bättre	bättre	13,7	100,0
SÄS-Skene	Galla/kompl	%	lågt	5	3,7	ej skilt	sämre	-1,3	-35,1
SÄS	Gyn/inkont kompl fri	%	högt	75,3	70,4	ej skilt	bättre	4,9	7,0
SÄS	Gyn/inkont koninent	%	högt	67,7	66	ej skilt	bättre	1,7	2,6
SÄS	Kärl/tid till op carotis	%	högt	87,5	82,4	ej skilt	bättre	5,1	6,2
SÄS	Kärl/död eller amp kärl ben	%	lågt	6,5	4,5	ej skilt	sämre	-2	-44,4

SÄS-Borås	Bräck/ej omop	%	högt	94	97,3	ej skilt	sämre	-3,3	-3,4
SÄS-Skene	Bräck/ej omop	%	högt	99,7	97,3	Bättre	bättre	2,4	2,5
SÄS	Ob_kir/uppf 1 år	%	högt	84,7	80,7	ej skilt	bättre	4	5,0
SÄS	Ob_kir/uppf 2 år	%	högt	73,6	54,5	Bättre	bättre	19,1	35,0
SÄS	Ob_kir/minsk vikt 1 år	%	högt	75,6	81	ej skilt	sämre	-5,4	-6,7
SÄS	Ob_kir/minsk vikt 2 år	%	högt	85,1	82	ej skilt	bättre	3,1	3,8
SÄS	Stroke/reperf	%	högt	15,9	14,1	ej skilt	bättre	1,8	12,8
SÄS	Stroke/direktinskriv	%	högt	81,4	77,6	ej skilt	bättre	3,8	4,9
SÄS	Stroke/test sväljförm	%	högt	80	87	Sämre	sämre	-7	-8,0
SÄS	Stroke/antikoag flimmer	%	högt	86,1	75,4	Bättre	bättre	10,7	14,2
SÄS	Stroke/Btsänkande	%	högt	79,4	79	ej skilt	bättre	0,4	0,5
SÄS	Stroke/ADL-beroende 3 m	%	lågt	10,9	17,6	Bättre	bättre	6,7	38,1
SÄS	Stroke/Stöd och hjälp 3 m	%	högt	56,9	57,3	ej skilt	sämre	-0,4	-0,7
SÄS	Stroke/Rökstopp 2015	%	högt	36,4	45,8	ej skilt	sämre	-9,4	-20,5
SÄS	Stroke/Rehab-behov 12 m 2014	%	högt	66,1	60	ej skilt	bättre	6,1	10,2
SÄS	Stroke/Rehab-behov 12 m 2015	%	högt	87,1	86,3	ej skilt	bättre	0,8	0,9
SÄS	Stroke/TIA på strokeenh	%	högt	80,7	81,4	ej skilt	sämre	-0,7	-0,9
SÄS	Njure/dialysdos	%	högt	56,8	74,4	sämre	sämre	-17,6	-23,7
SÄS	Njure/kärlaccess	%	högt	71,6	71,2	ej skilt	bättre	0,4	0,6
SÄS	Psyk/ECT	%	högt	30,3	39,7	ej skilt	sämre	-9,4	-23,7
SÄS	Psyk/depr skattning ECT	%	högt	63,1	55	ej skilt	bättre	8,1	14,7
SÄS	Ort/bisfosfonater	%	högt	6,6	9,5	ej skilt	sämre	-2,9	-30,5
SÄS	Ort/op 24 t	%	högt	83,2	70	bättre	bättre	13,2	18,9
SÄS	Ort/v_tid op	tim	lågt	19,7	22,8	bättre	bättre		13,6
SÄS	Ort/åter eget boende	%	högt	71,6	68,5	ej skilt	bättre	3,1	4,5

SÄS-Borås	Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	95,5	97,8	ej skilt	sämre	-2,3	-2,4
SÄS-Borås	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	2,9	2,2	ej skilt	sämre	-0,7	-31,8
SÄS-Borås	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	82,2	88,3	ej skilt	sämre	-6,1	-6,9
SÄS-Borås	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	34,3	39,2	ej skilt	sämre	-4,9	-12,5
SÄS-Borås	Ort/Höftpr impl överl 1 år	%	högt	95,4	96,2	ej skilt	sämre	-0,8	-0,8
SÄS-Skene	Ort/Höftpr impl överl 10 år	%	högt	96,9	97,8	ej skilt	sämre	-0,9	-0,9
SÄS-Skene	Ort/Höftpr reop 2 år	%	lågt	0,7	2,2	bättre	bättre	1,5	68,2
SÄS-Skene	Ort/Höftpr pat tillfr	%	högt	84,6	88,3	ej skilt	sämre	-3,7	-4,2
SÄS-Skene	Ort/Höftpr artrossk	%	högt	34,2	39,2	ej skilt	sämre	-5	-12,8
SÄS-Borås	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	0,88	1	ej skilt	bättre		12,0
SÄS-Skene	Ort/Knäprot revis risk	rr	lågt	0,5	1	bättre	bättre		50,0
SÄS	Ryggkir/Spin sten minsk smärta	%	högt	18,8	57,4	sämre	sämre	-38,6	-67,2
SÄS	Ögon/Katarakt syn vid op	%	lågt	26	16,9	sämre	sämre	-9,1	-53,8
SÄS	Ögon/Katarakt synförb	%	högt	87,3	90,5	ej skilt	sämre	-3,2	-3,5

2018-01-09

Dokumentnamn: Sjukvård i Västra Götalandsregionen

Diarienummer:

Kontaktperson: Bill Hesselmar, Koncernavdelning Data och analys

E-post: bill.hesselmar@vgregion.se

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 7 mars 2018 12:02
Till: AL Alingsåsstyrelse; ANS ans; KS/FSS Styrelsen FB; NU Nusjukv kansli; PV Närhälsan; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Habiliteringochhälsa; SkasDiariet; Säs; folktandvården info
Ämne: Expedierat Information om regelrätt kommunicering av personuppgifter via sms eller andra tekniska lösningar
Bifogade filer: Information om regelrätt kommunicering av personuppgifter via sms eller andra tekniska lösningar --.pdf; Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 28pdf

Hej!

Bifogar information om gällande regelverk för kommunicering av personuppgifter via sms.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
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

Datum
Diarienummer HS 2017-00855

Information om regelrätt kommunicering av personuppgifter via sms eller andra tekniska lösningar

Till utförare av hälso- och sjukvård inklusive tandvård inom VGR som behandlar personuppgifter i verksamhet som omfattas av 1 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355)

Av skrivelse från Patientnämnden Göteborg till hälso- och sjukvårdsstyrelsen framgår att patientnämnden noterat en ökning av klagomål avseende oskyddad kommunicering av personuppgifter via öppna nätverk (sms och andra tekniska lösningar).

Behandling av personuppgifter på sådant sätt är inte förenligt med gällande regelverk:

- Patientdatalagen (2008:355)
- 3 kap. 15-17 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Regelrätt behandling av personuppgifter i öppna nätverk

Om vårdgivaren använder öppna nät vid behandling av personuppgifter ska vårdgivaren ansvara för att

1. överföring av uppgifterna görs på ett sådant sätt att inte obehöriga kan ta del av dem, och
2. elektronisk åtkomst eller direktåtkomst till uppgifterna föregås av stark autentisering (kontroll av uppgiven identitet på två olika sätt).

Undantag för påminnelser och kallelser

Efter att vårdgivaren har gjort en behovs- och riskanalys och beslutat om undantag från kraven om skyddad överföring enligt punkt 1. ovan, får undantag göras då uppgifter om patienter ingår i påminnelser och kallelser. Det innebär att uppgifter om patienter i elektroniska påminnelser och kallelser som kommuniceras över öppna nätverk, exempelvis via sms eller e-post inte behöver krypteras.

Det är viktigt att ha rutiner som säkerställer att patientens kontaktuppgifter är riktiga och aktuella.

Observera att en överföring av en påminnelse eller en kallelse får

1. endast göras efter att patienten gett sitt medgivande, och
2. inte avslöja detaljer om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Mer information om behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns i Socialstyrelsens handbok avseende tillämpningen av HSLF-FS 2016:40.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-3-2>

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

§ 56

Kommunikering av hälsouppgifter via sms

Diarienummer HS 2017-00855

Beslut

1. Koncernkontorets tjänsteutlåtande skickas till Patientnämnden Göteborg som svar på skrivelse.
2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att tillskriva utförarverksamheter inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen om gällande regelverk, enligt upprättat förslag.
3. Uppdraget från hälso- och sjukvårdsstyrelsen den 29 november 2017, § 328, är fullgjort.

Sammanfattning av ärendet

Patientnämnden Göteborg har inkommit till hälso- och sjukvårdsstyrelsen med en skrivelse om att de noterat en ökning av klagomål avseende oskyddad kommunikation av personuppgifter via öppna nätverk (sms och andra tekniska lösningar). Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 29 november 2017, § 328 överlämnat ärendet till hälso- och sjukvårdsdirektören för beredning.

Behandling av personuppgifter på sådant sätt är inte förenligt med gällande regelverk:

- Patientdatalagen (2008:355)
- 3 kap. 15-17 §§ i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Patientnämnden Göteborg föreslår att en policy bör arbetas fram, eller att det görs ett förtydligande av gällande rätt, om hur kommunikation med patienter ska ske, samt införa detsamma i KOK-boken.

Koncernkontoret bedömer att det i gällande regelverk; Socialstyrelsens föreskrifter samt Patientdatalagen, är tydligt hur hälsouppgifter kan och får kommuniceras via sms. Därför anser Koncernkontoret inte att en ny policy eller liknande behöver arbetas fram. I stället bör gällande regelverk kommuniceras ut till via en skrivelse till utförare från hälso- och sjukvårdsdirektören. Patientnämnden Göteborg kan återkomma till hälso- och sjukvårdsstyrelsen vid behov av ytterligare åtgärder.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2018-01-24
- Förslag till skrivelse till utförarverksam
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut 2017-11-29, § 328
- Skrivelse från patientnämnden Göteborg ”Information om regelrätt kommunikation av personuppgifter via sms eller andra tekniska lösningar”

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-02-28

Skickas till

- Patientnämnden Göteborg för kännedom

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

Från: Annelie Andersson
Skickat: den 19 mars 2018 14:01
Till: SkasDiariet
Ämne: Protokollsutdrag från revisorskollegiets sammanträde 2018-03-14, § 39 Fastställande av årsrapporter och följebrev
Bifogade filer: REV 2018-00070-4 Protokollsutdrag från revisorskollegiets sammanträde den 14 mars 2018.pdf; Följebrev årsrapporter 2017.pdf; Styrelsen för Skaraborgs sjukhus Årsrapport 2017.pdf

Hej,
Översänder protokollsutdrag § 39 Fastställande av årsrapporter och följebrev samt bifogar Skaraborgs Sjukhus årsrapport.

Med vänlig hälsning
Revisionsenheten
Västra Götalandsregionen

E-post: revision@vgregion.se
Postadress: Regionens Hus, 462 80 Vänersborg

Protokoll från revisorskollegiet, 2018-03-14

§ 39

Fastställande av årsrapporter och följebrev

Diarienummer REV 2018-00070

Beslut

1. Fastställa upprättade årsrapporter för samtliga nämnder och styrelser
2. Fastställa följebrev till respektive årsrapport
3. Översända årsrapport och följebrev till respektive nämnd och styrelse

Sammanfattning av ärendet

Enligt kommunallagen ska de förtroendevalda revisorerna årligen granska all verksamhet i nämnder och styrelser. Årets samlade granskningsinsats per nämnd och styrelse redovisa i en årsrapport. Årsrapporterna ligger till grund för de förtroendevalda revisorernas ställningstagande i ansvarsfrågan. De ligger även till grund för nästkommande års granskningsinsats av nämnder och styrelser.

De bedömningar och rekommendationer som lämnats i årsrapporten utgör en av utgångspunkterna för de årliga dialogmötena mellan revisorskollegiet och nämnder och styrelser.

För 2017 har revisionsenheten upprättat en årsrapport för varje nämnd och styrelser i Västra Götalandsregionen. Dessa ska bifogas regionstyrelsens revisionsberättelse tillsammans med revisionsberättelsen för respektive nämnd och utgör då underlag för regionfullmäktiges ansvarsprövning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2018-03-08

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Följebrev, Årsrapport

Datum 2018-03-14

Diarienummer REV 2018–00070

Västra Götalandsregionen

Revisionsenheten

Handläggare: Vilhelm Rundquist

Telefon: 0767 808 506

E-post: vilhelm.rundquist@vgregion.se

Till samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen

Årsrapport

Revisorskollegiet upprättar årligen en sammanfattande granskningsrapport per nämnd och styrelse i Västra Götalandsregionen. Årsrapporten utgör underlag för revisorskollegiets bedömning av ansvarsutövande enligt kommunallagens krav.

I årsrapporten lämnar revisorskollegiet en rad rekommendationer till berörd nämnd eller styrelse. Rekommendationerna syftar till att stödja och utveckla nämnder och styrelser styrning, ledning och internkontroll av verksamheten. Hur rekommendationerna är omhändertagna avser kollegiet att följa upp under 2018. Detta sker företrädesvis i samband med det årliga dialogmöte som genomförs under året.

Våra yrkesrevisorerna kommer under våren att redovisa årsrapporten för förvaltningen som en förberedelse inför våra dialogmöten.

För revisorskollegiet

Birgitta Eriksson

Ordförande

Ulf Sjösten

Vice ordförande



Årsrapport Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2017

Diarienummer REV 2017-00068

Behandlad av revisorskollegiet den 14 mars 2018

Årsrapport Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, 2018-03-14 2 (9)

Årets granskning	3
Styrelsens ansvar.....	3
Resultatet av revisorernas granskning	4
Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller	4
Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	5
Styrelsens resultat och effektivitet	7
Styrelsens räkenskaper.....	8
Revisorernas sammanfattande bedömning	8

Årets granskning

I den årliga revisionen provas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har vidare genomförts med grund i de styrande dokument för revisorskollegiet samt revisionsenheten som anger preciserade anvisningar för granskningens genomförande och bedömningar. Det omfattar revisorskollegiets ramplanering där regionövergripande risker identifierats och prioriterats. Det omfattar även revisorskollegiets riktlinjer samt revisionsenhetens riktlinjer och rutiner.

Revisionen har utifrån de styrande dokumenten upprättat en granskningsplan avseende styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) där de mest väsentliga riskerna identifierats och prioriterats. Granskningsplanen har stämts av med utsedd kontaktrevisor i revisorskollegiet, Marie Engström Rosengren och beslutats av revisionsdirektören. Granskningen har genomförts av verksamhetsrevisor Anna Ljungkvist. Därtill har räkenskaperna granskats av PwC. Granskningens sammantagna resultat utifrån granskningsplanen presenteras kortfattat i denna rapport. I bilaga 1 anges de rapporter och de underlag som ligger till grund för redogörelsen.

Styrelsens ansvar

Styrelsen granskas och bedöms utifrån det samlade ansvar som följer av kommunallag, reglemente, fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt övrig gällande lagstiftning och föreskrifter. Verksamheten regleras primärt av hälso- och sjukvårdslagen. Verksamheten ska ge en god vård på lika villkor. Styrelsen ska med grund i patientlagen och fullmäktiges mål säkerställa en god tillgänglighet och ett gott bemötande. Vidare ska styrelsen utifrån patientsäkerhetslagen och fullmäktiges mål uppnå en god kvalitet och patientsäkerhet. Ett fullmäktigemål är också att omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras. Fullmäktige har även ingått hälso- och sjukvårdsavtal med andra kommuner och landsting, vilka sjukhuset har att följa.

Enligt reglementet ska styrelsen också verkställa de uppdrag som årligen överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnden, vilket framförallt görs i vårdöverenskommelsen (VÖK). VÖK fokuserar bland annat på att man ska fortsätta utveckla den lokala ersättningsmodellen inom mobil närvård, arbeta vidare med uppdraget psykiatri och närvård, att fortsätta arbetet med att förbättra tillgängligheten samt utveckla akutkedjan.

SkaS har valt att styra mot samtliga av RF:s tre hälso- och sjukvårdsmål:

1. Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras
2. Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas
3. Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras

SkaS ska vidare arbeta med följande mål:

1. Klimatutsläppen från fossilbränsle i Västra Götaland samt verksamhetens direkta miljöpåverkan ska minska
2. Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras
3. Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

Resultatet av revisorernas granskning

Revisorernas granskning utgår från att styrelsen ska utforma styrning, uppföljning och kontroller utifrån styrelsens ansvar. Styrelsen ska också se till att styrningen, uppföljningen och kontrollerna efterlevs i verksamheten. Det i sin tur ska leda till att styrelsen lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter inom ramen för tillgängliga resurser. Vidare ska styrelsens räkenskaper vara rättvisande. Det innebär sammantaget att styrelsen har tagit sitt ansvar.

Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att styrelsen har brutit ned mål och preciserat styr signaler från fullmäktige med flera. Styrelsen har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar styrelsens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har styrelsen uppmärksammat fullmäktige på detta.

Styrelsen ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetssätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen ska vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar:

Granskning A3: Ekonomi balans – utformning av ekonomisk styrning

SkaS har tidigare år haft svårt att uppnå målet avseende en ekonomi i balans. Det har inte varit känt för revisorerna hur SkaS utformat sin ekonomiska styrning och uppföljning. Syftet med granskningen har varit att granska och bedöma huruvida styrelsen säkerställt en tillräcklig ekonomisk styrning utifrån hur de planerat uppföljningen ur ett styrelseperspektiv. Följande revisionsfråga har ställts:

1. Har styrelsen upprättat processer som säkerställer återföring av uppföljningsinformation?

Granskningen har visat att styrelsen har ett antal rutiner för ekonomiuppföljning. Året planeras för att följa regionens ”ordinarie” uppföljningsrutin. Denna rutin har också integrerats med SkaS internkontrollarbete, då en av kontrollerna innebär att göra en fördjupad analys av kostnadsutveckling inom olika kostnadsslag vid delårsrapporteringarna. Styrelsen har även beslutat att detta ska följas varje månad genom uppföljning av verksamhetsplanen. Under 2017 beskrivs styrelsen inte ha haft ett särskilt fokus på ekonomi, då bedömningen inför året var att förutsättningarna att nå en ekonomi i balans bedömts relativt goda jämfört med tidigare år. Dock är en ekonomigenomgång inplanerad på varje styrelsemöte.

På förvaltningsnivå ligger ansvaret för ekonomi och uppföljning i linjen, på både verksamhets- och enhetschefer. Det finns även en controllerfunktion, där ett antal controllers arbetar mot specifika områden. För förvaltningen finns två uppföljningsrutiner

där den ena innebär att man gör interna månadsuppföljningar utifrån nyckeltal i verksamhetsplanen. Den andra innebär att varje verksamhetsområde gör sitt eget delårsbokslut utifrån de regionala anvisningarna.

Sammantaget visar iakttagelserna att styrelsen utformat en plan för vad som ska följas och återspeglas till styrelsen, samt med vilken frekvens. Man har även integrerat ekonomi-kontrollen i internkontrollsystemet med det ordinarie styr- och uppföljningssystemet. För att utföra den återspeglning styrelsen behöver finns organisation/resurser, rutiner och processer i förvaltningen som stöd. Förvaltningens egna processer och rutiner med både uppföljning och kontrollfunktion torde dessutom innebära att avvikelser upptäcks och kan hanteras, och genom styrelsens ekonomirapporter kunna lyftas i tid. Bedömningen är att styrelsen utformat en tillräcklig ekonomiuppföljning, som säkerställer att ekonomisk uppföljning återförs till den, så att ekonomiska styråtgärder kan vidtas vid behov.

Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelse ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

Styrelsen ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar.

Granskning B2: Genomförandet av systemet för intern kontroll

Styrelsens interna kontroll ska vara ett system som syftar till att hantera potentiella brister i styrelsens styr- och uppföljningssystem. Det har inte varit tydligt för revisorerna hur styrelsen använder sitt system för intern kontroll och hur man agerar vid återspeglning av ev brister. Granskningen har därför syftat till att bedöma om styrelsen säkerställt att den interna kontrollen genomförs som planerat. Följande revisionsfrågor ställs:

1. Har styrelsen säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut?
2. Har styrelsen följt upp det interna kontrollsystemet?

Vid en genomgång av styrelsens kontrollområden framgår att samtliga områden kontrollerats under 2017. Kontrollerna har genomförts och rapporterats vid angiven tidpunkt, av angiven funktion. Vad gäller kontrollernas omfattning finns fyra kontroller där kontrollerna endast delvis är genomförda enligt IK-planens kriterier för detta. För två kontroller avviker metoden delvis från vad som var planerat, och för två kontroller saknas en dokumenterad bedömning till styrelsen av själva kontrollmomenten. Avseende kontrollernas kvalitet är det endast redovisningen för två av styrelsens kontroller som tydligt adresserar de risker som satts upp i riskanalysen.

Styrelsen har inget särskilt utvärderingstillfälle för att kontrollera om systemet fungerar, utan det diskuteras av framförallt den grupp som arbetar fram utformningen av internkontrollsystemet 2018. Diskussionerna handlar då främst om vad som kan förbättras jämfört med tidigare. I årsredovisningen för 2017 gör styrelsen en genomgång av samtliga kontroller.

Bedömningen är att styrelsen endast delvis säkerställt att den interna kontrollen genomförs som planerat, och därmed endast delvis använt sitt system för intern kontroll i tillräcklig utsträckning. Att systemet för intern kontroll hänger ihop med systemet för uppföljning är positivt, det är dock viktigt att de risker som identifierats faktiskt kontrolleras under året på det sätt man bedömt bäst för att säkerställa att riskerna tas omhand. Det är också viktigt att styrelsen vet om en kontroll/uppföljning skett utifrån ett riskhanteringsperspektiv eller ordinarie uppföljning så att adekvata åtgärder kan vidtas.

Granskning B3: Ekonomi i balans – genomförandet av ekonomisk styrning

Det har inte varit känt för revisorerna hur styrelsen säkerställt hur den ekonomiska styrningen och uppföljningen genomförs. Granskningen har syftat till att bedöma om den ekonomiska styrningen genomförs som planerat samt om styrelsen vid behov fattat beslut om ytterligare styrning. Följande revisionsfrågor har ställts:

1. Har styrelsen säkerställt att ekonomisk uppföljningsinformation återförs till den?
2. Har styrelsen vid behov fattat beslut om styråtgärder eller vidtagit andra nödvändiga åtgärder baserat på den ekonomiska uppföljningsinformationen?

Iakttagelserna visar att styrelsen vid varje styrelsemöte fått en genomgång av det ekonomiska läget, av ekonomichef. De områden som redovisats är anpassade efter styrelsens tidigare önskemål, men både vid styrelsemöten och presidiummöten har ofta ytterligare information efterfrågats som ekonomifunktionen återkommit med antingen vid nästkommande styrelsemöte eller per mail. Styrelsen har också följt regionens ekonomiuppföljning och fastställt delårsrapporter och årsredovisning. Vidare har styrelsen särskilt diskuterat de verksamheter som uppvisar ett negativt resultat.

Vad gäller styråtgärder har styrelsen inte beslutat om detta utifrån den ekonomiska uppföljningsinformationen, däremot bett om tätare uppföljningar, för att kunna fatta beslut om det skulle behövas. I delårsrapport augusti beskrivs dock ett antal pågående åtgärder för att skapa en hållbar och effektiv vård både på kort och lång sikt, men styrelsen fattar inget eget beslut om dessa. Förvaltningen har under året, då de vid sin månadsuppföljning upptäckte en större avvikelse gentemot budget, begärt att alla verksamheter skulle göra en genomlysning av sin ekonomi samt vid behov justera sin prognos. Förvaltningen har informerat styrelsen om detta.

Bedömningen är att styrelsen har säkerställt att ekonomisk uppföljningsinformation återförs till den. Styrelsen har själva gjort bedömningen att styrelsen inte behövt vidta styråtgärder för ekonomin 2017. Revisionsenhetens bedömning är dock att styrelsen åtminstone vid delårsrapport augusti borde fattat ett tydligt beslut om åtgärdsplaner för de avvikelser som redovisades, för att tydliggöra sitt ställningstagande och ansvar. Se även avsnitt C1: Styrelsens ekonomiska resultat.

Styrelsens resultat och effektivitet

Styrelsen har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande områden.

Granskning C1: Styrelsens ekonomiska resultat

Även om styrelsen utformat en tillräckligt god ekonomistyrning och säkerställt att den genomförs, finns risk för avvikelser gällande det ekonomiska resultatet ställt till RF:s och lagstiftningens krav på budget i balans och god ekonomisk hushållning. 2017 råder dessutom vissa nya förutsättningar, framförallt VGR:s beslut om så kallade ”brutna tak”.

Regionfullmäktige har under en lång rad av år i sin budgethandling framhållit vikten av att nämnder/styrelser håller sig inom angivna budgetramar. Även regionstyrelsens anvisningar för delårsrapporterna anger att vid befarade eller konstaterade större avvikelser eller obalanser ska arbetet vara åtgärdsinriktat och beskriva de åtgärder man tänker genomföra samt tidsplanen för dessa. Jämförelser och analyser ska i lämpliga delar ske både med budget och föregående år. Säkerheten i den prognos man lägger ska också motiveras.

Granskningen har syftat till att bedöma om SkaS rapporterar enligt de anvisningar koncernkontoret och lagstiftaren anger för bland annat delårsrapporter och årsredovisning, samt om det faktiska resultatet är i enlighet med lagstiftning. Följande revisionsfrågor har ställts:

1. Har styrelsen följt anvisningar för ekonomisk återrapportering och uppföljning?
2. Har styrelsen uppnått resultat i enlighet med budget och målnivåer?

Vid delårsrapport augusti lades en prognos på -20 mnkr för SkaS. Obalansen hanterades inte genom av styrelsen beslutade åtgärdsplaner där effekter, konsekvenser eller resultat beskrevs. Däremot görs detta på verksamhetsnivå, där man måste lägga in både förväntad effekt och tidpunkt. Detta följs av verksamheterna själva och har inte begärts in. I delårsrapporten beskrivs orsakerna till den ekonomiska obalansen. Styrelsen beslutade inte om åtgärdsplaner i samband med fastställandet av årsredovisning 2017. Däremot gjordes detta i samband med beslut om detaljbudget 2018.

SkaS slutliga resultat för 2017 blev -11,6 mnkr. Den totala produktionsvolymen och produktionsersättningen per december överstiger budgeterade volymer enligt VÖK. Volymer och ersättning enligt brutet tak har uppnåtts för 2017. Tilläggsuppdragen har utförts för besök men inte fullt ut för operation/behandling. Personalkostnadsutvecklingen har varit högre både funder 2017 än 2016 samt jämfört med budget. Orsaken är bland annat ökad kostnad för bemanningsföretag, lönesatsning för vårdnära personal samt en högre sommarersättning än föregående år.

Bedömningen är att styrelsen endast delvis följt regionens anvisningar för ekonomisk återrapportering och uppföljning. Detta beror på att styrelsen inte fattar något tydligt beslut om åtgärder i samband med delårsrapport augusti då man beräknade ett helårsresultat på -20 mnkr. Obalansen hanterades inte genom av styrelsen beslutade åtgärdsplaner där effekter, konsekvenser eller resultat beskrevs. Detta fanns visserligen på verksamhetsnivå, men ska också beslutas av styrelsen.

Granskning C4: Efterlevnad av gränssnitt mellan utförare och beställare: Mellanvårdsplatser i Mariestad

Under 2016 fick SkaS i uppdrag att bedriva en mellanvårdsavdelning i Mariestad av hälso- och sjukvårdsnämnden östra (HSN Ö). Denna stängdes sedan i mars 2017, bland annat beroende på personalbrist. Det finns specificerat i SkaS vårdöverenskommelse (VÖK) att styrelsen i händelse av förändringar i utbudspunkter ska genomföra samråd med HSN Ö. Stängningen av mellanvårdsavdelningen ledde till frågetecken huruvida SkaS styrelse hanterade nedläggningen utifrån 2017 års bestämmelser i VÖK gällande förändringar i utbud.

Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen hanterade nedläggningen i enlighet med styrelsens ansvar och regionens styrmodell. Bedömningarna görs primärt utifrån VÖK och reglementen. Följande revisionsfråga ska besvaras:

1. Har styrelsen för Skaraborgs Sjukhus säkerställt en ändamålsenlig styrning utifrån VÖK:en gällande förändringar i utbud?

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus kan utifrån dokumentgranskningen konstateras ha en utformning för att styra i enlighet med VÖK:en. Det kan konstateras att det finns ett internt kontrollarbete för att fånga upp förändringar i förutsättningar på mellanvårdsavdelningen. Det går dock inte utifrån protokollgranskningen att se att stängningen av mellanvårdsplatserna i Mariestad föranleddes av samråd mellan SkaS och HSN Ö. Om samråd skett ska detta framgå i protokoll, hur detta genomförts samt vilka beslut som tagits.

Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Revisorskollegiet har upphandlat redovisningsrevisionen av PwC för perioden 2017-2020. I sin granskning noterar PwC att SkaS, på samma sätt som för övriga nämnder och styrelser inte tillämpar komponentavskrivning. De har även noterat att underskottet på - 11,6 mnkr avviker negativt från budgeten på 0 mnkr.

Revisorernas sammanfattande bedömning

Årets revision har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende nämnd/styrelse. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Skaraborgs Sjukhus bedömer revisionsenheten att verksamheten i allt väsentligt bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Dock lämnar enheten i årsrapporten påpekanden inom områden som styrelsen under 2018 bör utveckla och förbättra och som ansvarig yrkesrevisor kommer återkomma till under revisionsåret 2018

Bilaga 1. Rapporter och underlag

A3: Nämndfördjupning: Ekonomi i balans - förutsättningar och utformning av ekonomisk styrning. *Rapporteras ihop med B3 och C1.*

B2: Nämndfördjupning: Genomförande av systemet för intern kontroll.

B3: Nämndfördjupning: Ekonomi i balans - genomförande av ekonomisk styrning. *Rapporteras ihop med A3 och C1.*

C1: Nämndfördjupning: Styrelsens ekonomiska resultat. *Rapporteras ihop med A3 och B3.*

C4: Nämndfördjupning: Efterlevnad av gränssnitt mellan utförare och beställare: Mellanvårdsplatser i Mariestad.

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 21 mars 2018 12:01
Till: Eva Arrdal; PV Närhälsan; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; Jeanette Bäfverfeldt; Sylvia Määttä
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 13 mars 2018 - Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 13 mars 2018 - Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning påpdf; Bilaga § 81A Protokollsanteckning (S) - Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård.pdf; Bilaga § 81B Yrkande Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård.pdf; Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsv....pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 13 mars.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
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 hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-03-13

§ 81

Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022

Diariumnummer HS 2017-00419

Beslut

Under förutsättning att hälso- och sjukvårdsstyrelsen erhåller medel från statsbidraget för att förbättra förlossningsvården beslutar hälso- och sjukvårdsstyrelsen följande:

1. Av statsbidraget för 2018 till insatser inom förlossningsvården fördelar hälso- och sjukvårdsstyrelsen 100 mnkr till förlossningsvård, 21 mnkr till neonatalvård, 20 mnkr för att stärka hela vårdkedjan med fokus på eftervården för nyförlösta kvinnor samt 7 640 000 kr till IVF-behandling.
2. Till regiongemensamt förbättringsarbete fördelas 1 860 000 kr. Av dessa ska 562 000 kr för personalkostnader och 50 000 kr för övriga kostnader överföras till regionstyrelsen.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ta fram *Anvisningar för tillkommande ersättning* där utbetalning och uppföljning av medlen framgår.
4. Återrapportering av hur medlen använts ska göras till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Protokollsanteckning

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen medger att protokollsanteckning från ledamöterna för Socialdemokraterna (bilaga § 81A) får bifogas protokollet.

Sammanfattning av ärendet

Överenskommelsen utgör en del i regeringens arbete för en mer jämställd och jämlik hälso- och sjukvård och omfattar totalt cirka 1000 mnkr för att förbättra förlossningsvården och kvinnors hälsa i primärvården. I Västra Götalandsregionen innebär det att hälso- och sjukvårdsstyrelsen fördelar statsbidraget, 150,5 mnkr, på följande sätt:

- 100 mnkr ska i första hand användas för bemanning och kompetenshöjande insatser
- 20 mnkr till insatser för att förbättra vården för nyförlösta kvinnor
- 21 mnkr ska användas för ökad bemanning och förbättringar inom neonatalvård
- 7 640 000 kr ska användas för insatser inom IVF-behandling
- 1 860 000 kr för regiongemensamt förbättringsarbete

Beredning

Ärendet har beretts av Koncernstab hälso- och sjukvård. I arbetet har dialoger förts med sektorsrådet för Kvinnosjukvård, Neonatalrådet och Innovationsplattformen. Analyser i

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2018-03-13

rapporten ”Förlossningsvård och kvinnors hälsa, Kartläggning av nuläge och förbättringsområden” (2018) har beaktats.

Förhandling enligt **MBL § 11** har avslutats i enighet med arbetsgivarens förslag den 26 februari 2018.

Yrkanden på sammanträdet

Jonas Andersson (L) yrkar bifall till liggande förslag (bilaga § 81B).

Beslutsordning

Ordföranden ställer proposition på liggande förslag och finner att hälso- och sjukvårdsstyrelsen bifaller detta.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2018-02-13

Skickas till

- Samordnare för beredningsgruppen för riktade statsbidrag
- Eva Arrdal
- Styrelsen för beställd primärvård
- Berörda sjukhusstyrelser
- Förvaltningschefer NU-sjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus
- Sylvia Määttä

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:



PROTOKOLLSANTECKNING

2018-03-13

Ärende 5

Dnr: HS 2017-00419

Till Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård

Den socialdemokratiska regeringen har en tydlig viljeriktning om att stärka upp förlossningsvården i landet, och har därför riktat statsbidrag mot den verksamheten. Detta är mycket glädjande och välkommet. Syftet med dessa satsningar är att alla gravida ska känna trygghet inför förlossning. I det syftet ligger inte invitrofertilisering (IVF-behandling). I vårt tidigare yrkande delar vi bedömningen om att resurser behöver tillskjutas dit, men dessa bör istället tas från hälso- och sjukvårdsstyrelsens centrala medel. Verksamheten är av stor vikt för många medborgare och behöver därför stärkas. Under mandatperioden har väntetiderna för IVF-behandling varit långa i Västra Götalandsregionen då verksamheten inte fått de resurser som har behövts. Under mandatperioden har den moderatledda majoriteten misslyckat med sin ledning och styrning och valde istället att upphandla IVF-behandlingar från privata vårdgivare. Därför ser vi nu positivt på majoritetens inställning att vi ska utveckla och utöka verksamheten för IVF-behandlingar på SU.

Jim Aleberg (S)

2:e vice ordförande Hälso- och sjukvårdsstyrelsen



Yrkande
2018-03-13

1 (1)

Yrkande i hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Sammanträdesdatum: 2018-03-13
Diarienummer: HS 2017-00419
Ärende nr: 5

Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen föreslås besluta följande:

- 1) Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar i enlighet med föreliggande tjänsteutlåtande i ärendet.

Ärendet

Den förväntade överenskommelsen mellan staten och SKL om statsbidraget för kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård blir, vid träffande av en överenskommelse, den fjärde överenskommelsen inom samma område under mandatperioden. Totalt uppgår detta fjärde statsbidrag till 1 000 mnkr för hela landet varav Västra Götalandsregionens andel i ärendet beräknas till 150,5 mnkr.

Utan tillkommande överenskommelser mellan staten och SKL på området kommer därför statsbidraget att successivt minska åren efter 2018 från årets 1 711 mnkr för hela landet till 1 000 mnkr från och med 2020.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen vill i samband med dagens beslut betona för dem som erhåller de föreslagna medlen att det i dagsläget inte finns några beslut om långsiktig fortsatt finansiering av de cirka 100 mnkr för Västra Götalandsregionens del som kommer att fasas ut.

Styrelsen gör bedömningen att det i samband med höstens beslut om användning av samtliga statsbidrag riktade mot hälso- och sjukvården för 2019 bör göras en prioritering av de hittills gjorda insatserna för att finna ett långsiktigt tillskott i nivå med det långsiktiga statsbidraget på 1 000 mnkr.

Vänersborg, 2018-03-13

Jonas Andersson (L)

Lars Holmin (M)

Tony Johansson (MP)

Cecilia Andersson (C)

Monica Selin (KD)

Tjänsteutlåtande

Datum 2018-02-13

Diarienummer HS 2017-00419

Västra Götalandsregionen**Koncernkontoret**Handläggare: Jeanette Bäfverfeldt, Sylvia
Määttä

Telefon: 076-806 41 44

E-post: jeanette.bafverfeldt@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Fördelning av statsbidrag kvinnors hälsa med inriktning på förlossningsvård: tilläggsöverenskommelse 2018-2022

Förslag till beslut

Under förutsättning att hälso- och sjukvårdsstyrelsen erhåller medel från statsbidraget för att förbättra förlossningsvården föreslås hälso- och sjukvårdsstyrelsen besluta följande:

1. Av statsbidraget för 2018 till insatser inom förlossningsvården fördelar hälso- och sjukvårdsstyrelsen 100 mnkr till förlossningsvård, 21 mnkr till neonatalvård, 20 mnkr för att stärka hela vårdkedjan med fokus på eftervården för nyförlösta kvinnor samt 7 640 000 kr till IVF-behandling.
2. Till regiongemensamt förbättringsarbete fördelas 1 860 000 kr. Av dessa ska 562 000 kr för personalkostnader och 50 000 kr för övriga kostnader överföras till regionstyrelsen.
3. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ta fram *Anvisningar för tillkommande ersättning* där utbetalning och uppföljning av medlen framgår.
4. Återrapportering av hur medlen använts ska göras till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Överenskommelsen utgör en del i regeringens arbete för en mer jämställd och jämlik hälso- och sjukvård och omfattar totalt cirka 1000 mnkr för att förbättra förlossningsvården och kvinnors hälsa i primärvården. I Västra Götalandsregionen innebär det att hälso- och sjukvårdsstyrelsen fördelar statsbidraget, 150,5 mnkr, på följande sätt:

- 100 mnkr ska i första hand användas för bemanning och kompetenshöjande insatser
- 20 mnkr till insatser för att förbättra vården för nyförlösta kvinnor
- 21 mnkr ska användas för ökad bemanning och förbättringar inom neonatalvård
- 7 640 000 kr ska användas för insatser inom IVF-behandling
- 1 860 000 kr för regiongemensamt förbättringsarbete

Datum 2018-02-13
Diarienummer HS 2017-00419

2 (4)

Fördjupad beskrivning av ärendet

Denna femåriga satsning ger goda möjligheter att förstärka bemanning och att utveckla och testa nya arbetssätt. I SKL:s rapport *Förlossningsvård och kvinnors hälsa i fokus* beskrivs vikten av att stärka hela vårdkedjan: före, under och efter graviditet. Det beskrivs vidare att även om bemanningen inom förlossningsvården har förbättrats krävs fortsatta satsningar för att säkerställa kompetensförsörjningen. Andra identifierade utvecklingsområden är:

- Att initiera ett pilotprojekt avseende överföring av delar av BB-mottagningars uppdrag; de som idag utförs av slutenvårdens BB-mottagningar till primärvårdens barnmorskemottagningar. Det innebär tex amningsmottagning, PKU och övrig kontroll av mor och barn som bör ske under första levnadsveckan. Pilotprojektet ska ske i nära samverkan mellan primär- och slutenvård och kan också omfatta förebyggande åtgärder, behandling och uppföljning av bristningar i bäckenbotten och amningsrådgivning
- Ökad mångfald i samhället skapar ett tryck på förlossningsvården att anpassa sig efter kvinnors och familjers varierande behov och upplevelser. Förlossningsklinikerna i Västra Götalandsregionen har i varierande grad fokuserat på mångfaldsperspektivet och en mer jämlik vård
- Bättre utnyttja den ökande mängden data om förlossningsvården i systematiskt kvalitetsarbete
- Stimulera innovationer och nytänkande kring arbetssätt som berör hela vårdkedjan
- Öka målgruppsanpassad kommunikation med kvinnan och hennes närstående genom hela vårdkedjan.
- Förbättringar inom neonatalvård.

1. Stärkt bemanning och kompetenshöjande insatser och utbildning, 100 mnkr

Behovet av att rekrytera och behålla personal för att säkerställa en trygg och säker förlossningsvård är fortsatt stort. Insatser och förbättringsåtgärder för att rekrytera och behålla personal måste därför fortsätta. Medlen ska användas för åtgärder för att exempelvis stödja bredvidgång och stöd från erfarna barnmorskor till nyexaminerade barnmorskor och andra kompetenshöjande insatser. Medlen ska också användas för att minska andelen bristningar och utveckla vården vid bristningar. Medlen kan också användas för att bygga upp bäckenbottencentrum. Medlen föreslås fördelas enligt antal förlossningar 2017.

Fördelningsnyckel till slutenvård-förlossningsvård, baserat på antal förlossningar, 2017

Förlossningsklinik	Antal förlossningar 2017	Andel	Summa, mnkr
SU	9 479	50,3 %	50,3
NU	3 553	18,9 %	18,9
SkaS	2 698	14,3 %	14,3
SÄS	3 098	16,5 %	16,5

2. Stärka vårdkedjan vid graviditet, förlossning och eftervård, 20 mnkr

Målet för svensk mödra-och förlossningsvård är att alla kvinnor och deras familjer ska känna trygghet och få en säker vård i rätt tid: före, under och efter graviditet och

Datum 2018-02-13
Diarienummer HS 2017-00419

3 (4)

förlossning. I linje med omställningsområdet *den nära vården* föreslås att ett pilotprojekt initieras avseende överföring av delar av det som BB-mottagningar har som uppdrag idag: dvs att i projektform pröva att föra över viss vård från specialiserad vård till primärvård.

Medel föreslås också för att:

- Förstärka och förtydliga vårdkedjan
- Utveckla och stärka eftervården
- Förbättra vården vid eventuella komplikationer.

Medlen till primärvården (beställd PV) föreslås fördelas enligt följande:

Barnmorskemottagningar (MHV)	Andel	Summa, mnkr
Göteborgsområdet	50,3 %	10
Trollhättan	18,9 %	3,8
Skövde	14,3 %	2,9
Borås	16,5 %	3,3

3. Bemanning och förbättringar inom neonatalvård 21 mnkr

För att samordna, styra och leda det regiongemensamma arbetet, för att utveckla gemensamma och standardiserade arbetssätt för ökad kvalitet, jämlik vård samt patientsäkerhet föreslås att 21 mnkr tilldelas neonatalvården. Medlen skall användas till vård av de för tidigt födda barnen och den samvård som behöver ske med kvinnan och övriga familjemedlemmar. Medlen ska också användas till insatser som förbättrar övergången mellan de olika delar i vårdorganisationen som berörs av vården av de för tidigt födda barnen och deras familjer, samt till uppföljning av vården. Behovet av att rekrytera och behålla personal för att säkerställa en trygg och säker neonatalvård är stort.

Medlen föreslås fördelas enligt följande:

Förvaltning	Summa, mnkr
SU	10,55
NU	4
SKaS	3
SÄS	3,45

4. IVF-behandling 7 640 000 kr

För att utveckla och förstärka vården föreslås att 7 640 000 kr fördelas till IVF-behandling. Medlen ska användas för att bygga ut kapaciteten vid reproduktionsmedicin på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

5. Regiongemensamt förbättringsarbete 1 860 000 kr

Under 2018 kommer regiongemensamt kvalitetsarbete att genomföras för att utveckla och testa nya arbetsmodeller och angreppssätt, bland annat för att förbättra vården vid bäckenbottenbesvär efter förlossning. Andra aktiviteter som är regiongemensamma är:

- Dialogmöten och nätverksarbete för lärande, regionalt och nationellt
- Konferens för att sprida goda exempel i regionen
- Stimulera innovationer och nytänkande kring arbetssätt som berör hela vårdkedjan
- Öka den målgruppsanpassade kommunikationen med kvinnan och hennes familj genom hela vårdkedjan
- Förbättra uppföljningen av kvalitetsmål och resultatmål inom förlossningsvården och bättre använda mängden data i det systematiska förbättringsarbetet.

Datum 2018-02-13
Diarienummer HS 2017-00419

4 (4)

Genomförande av beslut

Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att ta fram anvisningar för utbetalning, fördelning och uppföljning av de tilldelade medlen.

Beredning

Ärendet har beretts av Koncernstab hälso- och sjukvård. I arbetet har dialoger förts med sektorsrådet för Kvinnosjukvård, Neonatalrådet och Innovationsplattformen. Analyser i rapporten ”Förlossningsvård och kvinnors hälsa, Kartläggning av nuläge och förbättringsområden” (2018) har beaktats.

Förhandling enligt MBL § 11 har avslutats i enighet med arbetsgivarens förslag den 26 februari 2018.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Karin Möller
Avdelningschef

Besluten skickas till

- Samordnare för beredningsgruppen för riktade statsbidrag
- Direktören för ägarstyrning
- Styrelsen för beställd primärvård
- Förvaltningschefer NU-sjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus
- Sylvia Määttä

Från: Stefan Westling Didrik för Regionstyrelsen
Skickat: den 27 mars 2018 14:59
Till: HSS FB; AL Alingsåsstyrelse; Kungälv Sjukhus; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; SkasDiariet; Säs; Habilitering och hälsa; PV Närhälsan; HSN Östra FB; HSN Västra FB; HSN Södra FB; HSN Norra FB; HSN Göteborg FB
Ämne: Expediering av beslut från regionstyrelsens sammanträde den 20 mars 2018 - Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag
Bifogade filer: Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 20 mars 2018 - Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - re....pdf; Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård.pdf; Rapport om Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag.pdf

Hej,
Översänder regionstyrelsens beslut.

Med vänliga hälsningar

Stefan Didrik

Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret Västra Götalandsregionen
Telefon: 076-9402737
Epost: stefan.westling.didrik@vgregion.se

Protokoll från regionstyrelsen, 2018-03-20

§ 89

Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag

Diarienummer RS 2018-01261

Beslut

1. Regionstyrelsen noterar rapporten om sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård.
2. Regiondirektören får i uppdrag att säkerställa genomförandet av rapportens åtgärdsförslag för verksamheterna som bedrivs i egen regi.
3. Återrapportering till regionstyrelsen ska ske i december 2018.
Återrapportering ska därefter ske till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 31 maj 2017, § 145, beslutat om handlingsplan 2017-2018 för i omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Enligt handlingsplanen ska regionen, med utgångspunkt i Öppna jämförelser/Vården i siffror, återuppta en årlig uppföljning av resultaten och ta fram en årlig åtgärdsplan kring de områden där regionen som helhet inte presterar tillräckligt hög kvalitet jämfört med riket i övrigt. Detta är även en av aktiviteterna kopplat till fokusområdet *samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser* i hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget för 2018.

Rapporten *Sjukvård i Västra Götalandsregionen, Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med förbättringsförslag* beskriver framförallt den sjukhusbaserade vården i Västra Götalandsregionen, hur resultaten är i jämförelse mot riksgenomsnittet och rekommenderade målnivåer. Resultat och åtgärdsförslag redovisas på VGR-övergripande nivå men även separat för de olika sjukhusen. Även om 82 procent av indikatorerna för VGR inte säkert är sämre än riket, är det fler indikatorer som är sämre än riket än vad som är bättre. Inom flera områden finns också stora inomregionala skillnader. Ser man däremot till de enskilda sjukhusen i VGR är resultaten för sju av nio sjukhus bättre än riket. Förslag till åtgärder presenteras i rapporten där arbetet med de föreslagna åtgärderna behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande
- Rapport om sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från regionstyrelsen, 2018-03-20

- Protokollsutdrag hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2018-02-28 § 49

Skickas till

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen för kännedom
- Berörda utförarstyrelser för kännedom
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom
- Marie Röllgårdh
- Regiondirektören, för genomförande

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande
Datum 2018-03-06
Diarienummer RS 2018-01261

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Maria Telema Taube
Telefon: 0709 – 20 60 90
E-post: maria.taube@vgregion.se

Till regionstyrelsen

Sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård - resultat från Verksamhetsanalys 2017 med förbättringsförslag

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen noterar rapporten om sjukvård i Västra Götalandsregionen med fokus på sjukhusbaserad vård.
2. Regiondirektören får i uppdrag att säkerställa genomförandet av rapportens åtgärdsförslag för verksamheterna som bedrivs i egen regi.
3. Återrapportering till regionstyrelsen ska ske i december 2018.
Återrapportering ska därefter ske till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 31 maj 2017, § 145, beslutat om handlingsplan 2017-2018 för i omställningen av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Enligt handlingsplanen ska regionen, med utgångspunkt i Öppna jämförelser/Vården i siffror, återuppta en årlig uppföljning av resultaten och ta fram en årlig åtgärdsplan kring de områden där regionen som helhet inte presterar tillräckligt hög kvalitet jämfört med riket i övrigt. Detta är även en av aktiviteterna kopplat till fokusområdet *samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella jämförelser* i hälso- och sjukvårdsstyrelsens detaljbudget för 2018.

Rapporten *Sjukvård i Västra Götalandsregionen, Resultat från Verksamhetsanalys 2017 – med förbättringsförslag* beskriver framförallt den sjukhusbaserade vården i Västra Götalandsregionen, hur resultaten är i jämförelse mot riksgenomsnittet och rekommenderade målnivåer. Resultat och åtgärdsförslag redovisas på VGR-övergripande nivå men även separat för de olika sjukhusen. Även om 82 procent av indikatorerna för VGR inte säkert är sämre än riket, är det fler indikatorer som är sämre än riket än vad som är bättre. Inom flera områden finns också stora inomregionala skillnader. Ser man däremot till de enskilda sjukhusen i VGR är resultaten för sju av nio sjukhus bättre än riket. Förslag till åtgärder presenteras i rapporten där arbetet med de föreslagna åtgärderna behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation.

Datum 2018-03-06
Diarienummer RS 2018-01262

2 (4)

Fördjupad beskrivning av ärendet

Rapporten är beställd 2017 av hälso- och sjukvårdsstyrelsen i Västra Götalandsregionen. Syftet med rapporten är att granska hur sjukvården i Västra Götalandsregionen förhåller sig vid en jämförelse mot riksgenomsnittet. Sammanställningen bygger i huvudsak på de resultat som redovisas i Verksamhetsanalys 2017, vilket betyder att tyngdpunkten är mot den sjukhusbaserade vården även om vissa områden också innefattar primärvård. Syftet är således att jämföra alla sjukhusresultat från Västra Götalandsregionen (VGR) mot riket, för att se inom vilka områden VGR har resultat som är bättre respektive sämre än riksgenomsnittet. Vi har också inkluderat hur sjukhusen når de mål som presenteras i Kvartalen, och de tillgänglighetsproblem som lyfts fram i Vårdbehovsanalyserna. Resultaten avser i huvudsak år 2016, men även uppföljning av operationer och behandling där efterkontroll är gjord 2016.

Syftet med rapporten är att lyfta fram de områden som är klart sämre än riksgenomsnittet eller Västra Götalandsregionens fastställda mål. De rekommendationer vi lyfter fram baseras på avvikelserna i sig men också på den kunskap om verksamheterna vi inhämtat i samband med kvalitetscontrolling. Den medicinska kvaliteten i sjukvården i Västra Götalandsregionen (VGR) har analyserats genom att sammanställa resultat från avsnittet medicinsk kvalitet i Verksamhetsanalys 2017, Kvartalen fram till andra kvartalet 2017, tillgänglighet enligt vårdbehovsanalyserna hösten 2017 och controllingrapporterna hösten 2017. Analyserna domineras således av resultat från de offentliga sjukhusen i VGR.

Resultat och förslag på åtgärder presenteras först på VGR-övergripande nivå, därefter följer sammanställning för varje enskilt sjukhus. De åtgärder som föreslås på VGR-övergripande nivå är ofta av den arten att sektorsråden behöver vara involverade och driva frågorna medan de mer sjukhusspecifika förbättringsförslagen behöver handläggas på sjukhus- och förvaltningsnivå. Även Hälso- och sjukvårdsnämnderna behöver vara delaktiga i förbättringsarbetet då rapporten är ett komplement till Vårdbehovsanalysen och de bygger båda i stora delar på samma underlag.

De föreslagna förbättringsområdena på VGR-övergripande nivå har valts där inget eller få sjukhus i VGR når rekommenderade mål, eller av att resultaten uppvisar en stor spridning inom VGR. Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika har dock valts då vi vill stimulera sjukhusen i VGR att arbeta för att nå de nya rekommenderade målen, ett arbete som är viktigt för att minska risken att bakterier utvecklar resistens mot livsviktiga antibiotika. Försämrade tillgänglighet till besök och behandling är ett ökande problem i VGR, och kanske den viktigaste orsaken till att VGR ofta hamnar lågt i nationella jämförelser där både kvalitet och tillgänglighet vägs samman. Tillgänglighetsproblemen är dock inte unisona, tillgängligheten kan vara god inom vissa områden och sämre inom andra. Skillnader ses också mellan olika sjukhus och behandlande enheter, varför arbetet med att förbättra tillgängligheten behöver utgå dels från de enskilda sjukhusförvaltningarna men också vara VGR-övergripande då orsakerna till problemen kan behöva angripas på ett övergripande plan.

Datum 2018-03-06
Diarienummer RS 2018-01262

3 (4)

Föreslagna förbättringsåtgärder av övergripande karaktär

- Kranskärslröntgen inom 72 timmar vid icke ST-höjningsinfarkt – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Operation av höftfraktur inom 24 timmar – gäller flera av sjukhusen i regionen
- Förbättrad strokesjukvård vid NU-sjukvården
- Ökad användning av penicillinpreparat vid behandling med intravenösa antibiotika
- Fotundersökning vid diabetes
- Förbättrad behandling av benskörhet efter benskörhetsfraktur
- Ökad tillgänglighet inom flera områden till första besök och operation/åtgärd

Genomförande av beslutet

Arbetet med de förslag till åtgärder som presenteras i rapporten behöver drivas såväl via kunskapsorganisationen som via sjukhusförvaltningar och beställarorganisation. Kunskapsorganisationen har en viktig roll i omhändertagandet av åtgärdsförslagen och ska arbeta för att förbättra kvalitetsutfallet.

Beredning

Fackliga organisationerna har fått information enligt **MBL § 19** den 26 februari 2018.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 28 februari 2018 beslutat följande:

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnderna att omhänderta rapportens åtgärdsförslag i vårdöverenskommelserna för 2019.
2. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen översänder rapporten till berörda sjukhusstyrelser som underlag för kvalitetsarbetet.
3. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen föreslår att regionstyrelsen samordnar genomförandet av rapportens åtgärdsförslag för verksamheterna som bedrivs i egen regi och återrappporterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att följa utvecklingen inom utpekade förbättringsområden och återrappportera till hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni och december 2018.

Koncernkontoret

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga

- Rapport Sjukvård i Västra Götalandsregionen – Med fokus på sjukhusbaserad vård
- Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut 2018-02-28, § 49

Datum 2018-03-06
Diarienummer RS 2018-01262

4 (4)

Beslutet skickas till

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen för kännedom
- Berörda utförarstyrelser för kännedom
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder för kännedom
- Marie Röllgårdh

Från: Stefan Westling Didrik för Regionstyrelsen
Skickat: den 27 mars 2018 15:10
Till: Politiska sekreterare; Maria Engström; Expediering
Ämne: Expediering av beslut från regionstyrelsens sammanträde den 20 mars 2018 - Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2018-2022
Bifogade filer: Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 20 mars 2018 - Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2018-2022.pdf; Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2018-2022.pdf; Utbildningskatalog 2018-2022 sammanfattad version.pdf

Hej,
Översänder regionstyrelsens beslut.

Med vänliga hälsningar

Stefan Didrik

Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret Västra Götalandsregionen
Telefon: 076-9402737
Epost: stefan.westling.didrik@vgregion.se

Protokoll från regionstyrelsen, 2018-03-20

§ 93

Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2019-2022

Diarienummer RS 2018-00127

Beslut

1. Regionstyrelsen beslutar att planerade utbildningar ska genomföras.
2. Utbildningsgruppen får i uppdrag att detaljplanera och genomföra föreslagna utbildningar samt att besluta om justeringar i utbildningsplanen. Utbildningsgruppen ska också undersöka möjligheten att ta fram webbutbildningar.
3. Förtroendevalda i samtliga nämnder och styrelser samt representanter i stiftelser uppmuntras att delta.

Sammanfattning av ärendet

Utbildningsgruppen har uppdraget att ta fram förslag till utbildningsprogram för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen. Utbildningsgruppen föreslår att följande utbildningar ska genomföras:

- Introduktionsdag för nyvalda till Västra Götalandsregionens regionfullmäktige
- Fördjupningsdag för ledamöter i regionfullmäktige
- Introduktionsdag för nyvalda till nämnd, styrelse eller kommitté i Västra Götalandsregionen
- Presidieutbildning
- Presidiedag för dialog och erfarenhetsutbyte
- Bolagsdag
- Stiftelsedag
- Engelska

Utbildningsgruppen kommer att se över möjligheten att ta fram webbutbildningar med utgångspunkt i de planerade utbildningarna.

Idag erbjuds webbutbildningar riktade till förtroendevalda och tjänstemän i Västra Götalandsregionen inom miljö, mänskliga rättigheter och oegentligheter.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande
- Utbildningskatalog 2018-2022

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från regionstyrelsen, 2018-03-20

Skickas till

- Den politiska utbildningsgruppen via maria.t.engstrom@vgregion.se för genomförande
- Samtliga nämnder, styrelser och stiftelser för kännedom
- Politiska sekreterare i Västra Götalandsregionen för kännedom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande
Datum 2018-02-22
Diarienummer RS 2018-00127

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Maria Engström
Telefon: 070-082 36 52
E-post: maria.t.engstrom@vgregion.se

Till regionstyrelsen

Utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen 2018-2022

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen beslutar att planerade utbildningar ska genomföras.
2. Utbildningsgruppen får i uppdrag att detaljplanera och genomföra föreslagna utbildningar samt att besluta om justeringar i utbildningsplanen. Utbildningsgruppen ska också undersöka möjligheten att ta fram webbutbildningar.
3. Förtroendevalda i samtliga nämnder och styrelser samt representanter i stiftelser uppmuntras att delta.

Sammanfattning av ärendet

Utbildningsgruppen har uppdraget att ta fram förslag till utbildningsprogram för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen. Utbildningsgruppen föreslår att följande utbildningar ska genomföras:

- Introduktionsdag för nyvalda till Västra Götalandsregionens regionfullmäktige
- Fördjupningsdag för ledamöter i regionfullmäktige
- Introduktionsdag för nyvalda till nämnd, styrelse eller kommitté i Västra Götalandsregionen
- Presidieutbildning
- Presidiedag för dialog och erfarenhetsutbyte
- Bolagsdag
- Stiftelsedag
- Engelska

Utbildningsgruppen kommer att se över möjligheten att ta fram webbutbildningar med utgångspunkt i de planerade utbildningarna.

Idag erbjuds webbutbildningar riktade till förtroendevalda och tjänstemän i Västra Götalandsregionen inom miljö, mänskliga rättigheter och oegentligheter.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Den politiska utbildningsgruppen ansvarar för att planera och genomföra utbildning för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen.

Datum 2018-02-22
Diarienummer RS 2018-00127

2 (3)

Utvärderingen av den politiska organisationen 2017 som genomfördes av Högskolan i Borås¹ visade att förtroendevalda behöver stöd och utbildning under mandatperioden. Det beror på att de politiska uppdragen är många och en del nämnder stora. Många ärenden flödar genom nämnder och styrelser och kombinationen av mängden uppdrag och antalet ärenden medför ibland svårigheter för enskilda förtroendevalda att tränga in i varje ärende.

Utvärderingen visade också att det finns behov av att förtydliga vad politikerrollen och tjänstemannarollen samt hur styrmodellen fungerar.

De planerade utbildningarna vänder sig till samtliga ledamöter och ersättare i Västra Götalandsregionens nämnder, styrelser och stiftelser. För varje utbildning anges primär målgrupp.

Syftet med utbildningarna är att ge goda förutsättningar för att hantera det demokratiska uppdraget samt att ge en gemensam bild av ansvar, uppdrag och roller i relation till bland annat kommunallagen och Västra Götalandsregionens styrmodell. Då nya ledamöter och ersättare väljs in löpande under hela mandatperioden kommer introduktionsdagen att erbjudas minst en gång per halvår till och med våren 2022.

Några utbildningar med särskilda fokusområden planeras, om bolag, om stiftelser samt i engelska. Detta då antalet bolag respektive stiftelse gör det rationellt att samla till gemensamma utbildningar på grundläggande nivå. De som har internationella uppdrag/internationella kontakter i sina uppdrag erbjuds utbildning i engelska. Behovet gäller ett mindre antal personer fördelade mellan flera olika nämnder/styrelser varför även denna utbildning erbjuds gemensamt.

Utbildningsgruppen ska se över möjligheten att ta fram webbutbildningar med utgångspunkt i de planerade utbildningarna.

Övriga, mer specifika utbildningar, till exempel inom olika sakområden ingår inte i den gemensamma utbildningsplaneringen utan får genomföras nämndvis.

I huvudsak kommer utbildningarna att ledas av förtroendevalda och tjänstemän i Västra Götalandsregionen. De förtroendevalda tillfrågas på uppdrag av regionfullmäktiges presidium.

Finansiering

Alla utbildningar som ingår i utbildningskatalog är kostnadsfria för deltagarna, med undantag för deltagare från andra huvudmän än Västra Götalandsregionen som deltar i utbildningen om stiftelser.

För genomförande behövs medel för själva genomförandet av utbildningen (lokaler, mat/fika, föreläsare, kursmaterial och utvärderingar) samt för arvode enligt gällande arvodesbestämmelser, inkomstbortfall och resekostnader. De

¹ För samtliga rapporter i utredningen, se <http://www.vgregion.se/politik/politisk-organisation/utvardering-av-den-politiska-organisationen/>

Datum 2018-02-22
Diarienummer RS 2018-00127

3 (3)

förtroendevalda som håller i utbildning kan begära arvode för genomförandet samt för rimlig förberedelsestid. För tjänstemän som arbetar med planering och genomförande ryms arbetet inom ordinarie uppdrag.

Total kostnad för genomförande uppskattas till omkring 4,5 miljoner kronor. Kostnaden kan påverkas av beslut om ny politisk organisation. Tillkommande kostnader för webbaserade utbildningar hanteras separat.

Kommunikation

Information om de planerade utbildningarna ska spridas så snart som möjligt och så brett som möjligt för att ge förutsättningar för medverkan. Utbildningskatalogen samt inbjudningar till respektive utbildningstillfälle skickas ut till berörda myndigheters myndighetsbrevlådor samt till politiska sekreterare för spridning. Informationen kommer också att publiceras på www.vgregion.se.

Genomförande av beslut

Utbildningsgruppen ansvarar för detaljplanering och genomförande samt att se över möjligheten att ta fram webbutbildningar med utgångspunkt i de planerade utbildningarna.

Utbildningsgruppen beslutar om justeringar av utbildningsplanen, till exempel förutsättningar för att ställa in enstaka utbildningstillfällen samt att justera syfte/inriktning på innehåll.

I första hand ska utbildningarna hållas i Västra Götalandsregionens egna lokaler i Vänersborg, Göteborg eller Skövde.

Beredning

Utbildningsplanen är framtagen av den politiska utbildningsgruppen som består av en politisk sekreterare per parti samt regionfullmäktiges presidium.

Koncernkontoret

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Johan Flarup
Avdelningschef

Bilaga

- Utbildningskatalog 2018-2022 sammanfattad version

Besluten skickas till

- Den politiska utbildningsgruppen via maria.t.engstrom@vgregion.se för fortsatt planering och genomförande
- Samtliga nämnder, styrelser och stiftelser för kännedom
- Politiska sekreterare i Västra Götalandsregionen för kännedom

Utbildningsgruppen
Västra Götalandsregionen
2018-02-2202-22

Utbildningskatalog

Utbildningar som riktar sig till förtroendevalda i
Västra Götalandsregionen



Innehåll

Sammanfattning	3
Översikt över de utbildningar som erbjuds:	3
Utbildningar	4
Introduktionsdag för nyvalda till Västra Götalandsregionens regionfullmäktige	5
Fördjupningsdag för ledamöter i regionfullmäktige	5
Introduktionsdag för nyvalda till nämnd, styrelse eller kommitté i Västra Götalandsregionen	5
Presidieutbildning	6
Presidiedag för dialog och erfarenhetsutbyte	6
Bolagsdag	7
Stiftelsedag	7
Engelska	7
Övriga utbildningar	8

Sammanfattning

Den 9 september 2018 är det val. Oavsett om man efter valet påbörjar sin första mandatperiod som förtroendevald i Västra Götalandsregionen eller om man har lång erfarenhet, om man påbörjar ett uppdrag i en helt ny nämnd, styrelse eller kommitté eller arbetar vidare med samma frågor som innan kan man behöva kompetensutveckling.

Denna katalog beskriver de utbildningar som samtliga förtroendevalda i Västra Götalandsregionen erbjuds möjlighet att medverka i. Ansvariga för utbildningskatalogen är den politiska utbildningsgruppen.

Samtliga utbildningar är kostnadsfria för förtroendevalda i Västra Götalandsregionen.

Översikt över de utbildningar som erbjuds

2018	2019	2020	2021	2022
Introduktionsdag för regionfullmäktige		Fördjupningsdag för regionfullmäktige		
	Nämndintroduktion, 5 tillfällen	Nämndintroduktion, 2 tillfällen	Nämndintroduktion, 2 tillfällen	Nämndintroduktion, 1 tillfälle
	Presidieutbildning		Presidiedag för dialog och erfarenhetsutbyte	
	Utbildningsdag om bolag			
	Utbildningsdag om Stiftelser			
	Engelska (löpande)	Engelska (löpande)	Engelska (löpande)	

Utbildningar

Om utbildningarna

Utbildningarna erbjuds på uppdrag av den politiska utbildningsgruppen och genomförandet/utbildningsplanen har beslutats i regionstyrelsen.

Utbildningsutbudet och innehållet har planerats dels utifrån krav i lagar/regler och reglemente och dels i upplevt behov av utbildning/introduktion från förtroendevalda.

Mer riktade utbildningar inom enskilda nämnders sakområden får planeras av respektive förvaltning.

För att ha möjlighet att medverka på utbildningarna är det viktigt att i god tid kunna planera in dagarna i sin kalender. I den mån det går finns datum för planerade utbildningar redan angivna i katalogen och där det inte gått att detaljplanera ännu finns ungefärlig tidsangivelse. Datum för respektive utbildningstillfälle fastställs så snart som möjligt efter att nämnderna beslutat om sina sammanträdestider för kommande år, dock senast i oktober året innan.

All utbildning som ingår i denna utbildningskatalog är kostnadsfri. Utbildningsgruppen har fått medel för att bekosta genomförande av utbildningen (kostnader för lokaler, mat/fika, externa föreläsare och eventuellt kursmaterial) samt för arvode (halvt arvode), inkomstbortfall och resekostnader.

Utbildningskatalogen samt inbjudningar till respektive utbildningstillfälle skickas ut till respektive berörd myndighets förvaltningsbrevlåda. Ansvarig tjänsteman ser därefter till att inbjudan sprids till nämnden på det sätt som nämnden beslutat ska gälla för inbjudningar.

Har du frågor om innehållet i utbildningskatalogen? Saknar du någon utbildning som borde ordnas regiongemensamt? Kontakta Maria Engström på adress maria.t.engstrom@vgregion.se eller telefon 070-082 36 52.

Introduktionsdag för nyvalda till Västra Götalandsregionens regionfullmäktige

Målgrupp

Dagen riktar sig i första hand till nyvalda ordinarie ledamöter och ersättare i regionfullmäktige (RF) samt till ledamöter och ersättare i RF som valts in efter valet 2014.

Syfte

Beskriva roll, uppdrag och ansvar för ledamöter och ersättare i RF.

Innehåll

Den demokratiska grunden och regionens välfärdsuppdrag. RF:s roll och funktion som direktvalt organ. RF:s uppdrag att styra regionen. Era uppdrag som förtroendevalda med koppling till krav i lagen, roller och uppdrag. Styrmodellen. Uppföljning och intern kontroll. Er och regionens säkerhet och trygghet. Revisionens roll och ansvarsprövningen. Presentation av Västra Götalandsregionens verksamhet. Praktisk information från idé till motion.

Fördjupningsdag för ledamöter i regionfullmäktige

Målgrupp

Dagen riktar sig till samtliga ledamöter och ersättare i regionfullmäktige.

Syfte

Fördjupad förståelse för roll, uppdrag och ansvar som ledamot och ersättare i RF.

Innehåll

Fördjupad beskrivning/problematisering av politikerrollen och relationen politiker, tjänstemän, invånare och media. Styrmodellen. Var besluten fattas och relationen mellan RF, RS, nämnder och styrelser. Uppdragets förutsättningar och innebörd, bland annat hur beställar-utförarmodellen fungerar.

Introduktionsdag för nyvalda till nämnd, styrelse eller kommitté i Västra Götalandsregionen

Målgrupp

Dagen riktar sig till nyvalda ordinarie ledamöter och ersättare i samtliga nämnder, styrelser och kommittéer i Västra Götalandsregionen.

Syfte

Beskriva roll, uppdrag och ansvar för ledamöter och ersättare i nämnd/styrelse/kommitté i västra götalandsregionen.

Innehåll

Den demokratiska grunden och regionens välfärdsuppdrag. Uppdraget som förtroendevald i VGR med koppling till krav i lagen, roller och uppdrag. Politisk organisation. Styrmodellen. Uppföljning och intern kontroll. Er och regionens säkerhet och trygghet. Revisionens roll och ansvarsprövningen. Presentation av Västra Götalandsregionens verksamhet. Praktisk information kring det politiska beslutsfattandet och arvoden.

Presidieutbildning

Målgrupp

Dagen riktar sig till samtliga presidieledamöter i Västra Götalandsregionen.

Syfte

Fördjupad förståelse för roll, uppdrag och ansvar som presidieledamot.

Innehåll

Presidiernas roller och ansvar och hur presidiernas uppdrag kan genomföras och utvecklas. Fördjupad diskussion om styrmodellen. Dagen kommer också att innehålla särskilda krav och uppdrag som arvoden, representation, revision och lagens ramar för presidier.

Presidiedag för dialog och erfarenhetsutbyte

Målgrupp

Dagen riktar sig till samtliga presidieledamöter i Västra Götalandsregionen.

Syfte

Fördjupad förståelse för roll, uppdrag och ansvar som presidieledamot.

Innehåll

Diskussion och erfarenhetsutbyte kring presidiernas roller och ansvar och hur presidiernas uppdrag kan genomföras och utvecklas. Politikerrollen och tjänstemannarollen samt relationen mellan rollerna. Presidierollen, bland annat ledarskap, lagledarroll, förebild och stämningssättare. Särskilt ansvar för ordföranden. Samtalstonen i politiken.

Bolagsdag

Målgrupp

Ledamöter som representerar Västra Götalandsregionen i bolag, ledamöter i regionstyrelsen, regionutvecklingsnämnden, kulturnämnden, västarvet och revisorskollegiet.

Syfte

Förståelse för roll, uppdrag och ansvar för kommunala bolag.

Innehåll

Kommunala bolags speciella villkor, bland annat likheter och skillnader mellan kommunal nämnd och aktiebolagsstyrelse. Vad är ett kommunalt bolag? Mötet mellan aktiebolagslagen och kommunallagen. Juridiska krav kring bland annat jäv, skadeståndsansvar och ansvarsgenombrott. Strukturen i Västra Götalandsregionen.

Stiftelsedag

Målgrupp

Ledamöter som representerar Västra Götalandsregionen i stiftelser, ledamöter i regionstyrelsen, regionutvecklingsnämnden, kulturnämnden, västarvet och revisorskollegiet. I mån av plats är dagen också öppen för ledamöter i stiftelser som representerar andra huvudmän än Västra Götalandsregionen.

Syfte

Förståelse för roll, uppdrag och ansvar för stiftelser.

Innehåll

Under dagen behandlas bland annat hur en stiftelse bildas och avvecklas samt olika stiftelse typer. Stiftelselagen och andra lagar som påverkar stiftelser.

Under dagen medverkar Länsstyrelsen som är tillsynsmyndighet för stiftelser och skatteverket samt revisorerna Västra Götalandsregionen och Västra Götalandsregionens juridiska enhet.

Engelska

Målgrupp

Regionpolitiker med internationella uppdrag och/eller representationsplikter.

Syfte

Uppnå förbättrade kunskaper i engelska.

Övriga utbildningar

Målgrupp

Förtroendevalda i Västra Götalandsregionen.

Typ av utbildningar

Förtroendevalda i Västra Götalandsregionen har möjlighet att genomföra ett antal webbutbildningar inom olika områden. För närvarande erbjuds följande webbutbildningar:

- Barnkonventionen – från teori till praktik
- För varje människa – om handlingsplanen för mänskliga rättigheter
- Miljöutbildning
- Oegentligheter: mutor, jäv och andra intressekonflikter

Vad behövs för att göra utbildningarna?

Utbildningarna genomförs via dator eller surfplatta. De flesta utbildningar kan också göras på mobiltelefon.

Denna behandling ' Högprioriterade frågor och ekonomi i balans' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Omställningsarbete SkaS' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Sommarplanering 2018' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Sjukhusdirektörens information' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Information från presidiet' har inget tjänsteutlåtande.