

Handlingar
Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus
28 januari 2016

Föredragningslista

Sammanträde med sjukhusstyrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 28 januari 2016

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde

Tid: Kl. 09.00 - 15.00

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare
- Godkännande av föredragningslista
- Anmälan av tillkommande ärenden
- Föregående protokoll

Beslutsärenden

1. Årsredovisning 2015, bilaga
Diarienummer SkaS 20-2015
2. Nytt reglemente för styrelsen, bilaga
Diarienummer SkaS 80-2015
3. Beslut om ny firmatecknare, bilaga
Diarienummer SkaS 80-2015
4. Verksamhetsanpassad bemanning – revisionsrapport, bilaga
Diarienummer SkaS 20-2015
5. Förlängning av avtal kring laboratoriemedicin, bilaga
Diarienummer SkaS 56-2016
6. Serviceöverenskommelse 2016, bilaga
Diarienummer SkaS 228-2015
7. Hemställan om regiongemensam produktionsstyrning – höft- och knäledsproteser, SkaS Lidköping bilaga
Diarienummer SkaS 84-2014
8. Uppföljning internkontroll, bilaga
Diarienummer SkaS 20-2015
9. Utveckling psykiatri och närsjukvård, bilaga
Diarienummer SkaS 238-2013
10. Konsekvensanalys vårdöverenskommelse (VÖK) 2016 för Skaraborgs Sjukhus och åtgärder för ekonomi i balans 2016, bilaga
Diarienummer SkaS 228-2015

11. Status för sommarplanering 2016, bilaga
Diarienummer SkaS 50-2016
12. Anmälnings- och delegationsärenden, bilaga
SkaS 1-2016
13. Övriga frågor.

Informationsärenden

- A. Redovisning av medarbetarenkäten.
Peder Yderhag
- B. Uppföljning uppdrag från styrelsen vårdplatsutredning och
ambulansoptimering.
Marga Brisman, Hans Halén
- C. Information från presidiet.
Ulla-Britt Hagström
- D. Sjukhusdirektörens information.
Lars Johansson

Ulla-Britt Hagström
ordförande

Beslutsärende 1

Årsredovisning 2015

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-21

Diarienummer SkaS 20-2015

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Åsa Ranbro Jansson

Telefon: 0500 - 43 10 42

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus

Årsredovisning Skaraborgs Sjukhus 2015

Förslag till beslut

1. Godkänna årsredovisning 2015 för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Ekonomi och verksamhet i balans har varit i fokus under hela året. Verksamheterna har arbetat med åtgärder för kostnadssänkningar för att möta den ingående ekonomiska obalansen som vid årets ingång bedömdes till cirka -130 miljoner kronor. Tack vara verksamhetens åtgärdsarbete som resulterat i en ekonomisk effekt på cirka +48 miljoner kronor samt på grund av de extra regionala intäkter som erhållits i december landar Skaraborgs Sjukhus (SkaS) resultat för 2015 på -63 miljoner kronor och en budgetavvikelse på -51 miljoner kronor.

Kompetensförsörjningen har varit en annan stor utmaning under året. Bristen på kompetens inom vissa specialiteter och inom vissa personalgrupper, främst läkare och sjuksköterskor, har påverkat ekonomi, arbetsmiljö och tillgänglighet på ett negativt sätt. Många aktiviteter pågår för att bibehålla och rekrytera medarbetare. Positivt är att läkare har kunnat rekryteras, bland annat till barn- och kvinnosjukvården samt vuxenpsykiatrien samt det framgångsrika arbetet med att integrera nyanlända syriska läkare inom ögonsjukvården. Under hösten startades också ett samarbetsprojekt mellan SkaS, Närhälsan, Tandvården, Arbetsförmedling och Migrationsverket för att snabbare fånga upp nyanlända med vårdutbildning.

På grund av kompetensförsörjningsproblemen och därmed svårigheter i bemanning av vårdplatser och mottagningar har tillgängligheten försämrats och antal väntande ökat under årets sista månader då det akuta patientflödet har prioriterats. Försämringen märks både för besök och behandling. Under året har resurser i större utsträckning än tidigare lagts på efterföljande besök, vilket påverkat tillgängligheten till första besök. Under året har ett regiongemensamt arbete för förbättrade ledtider inom cancersjukvården startat.

Ur ett strategiskt och långsiktigt perspektiv för verksamhet och ekonomi i balans har verksamhet och ledning under året arbetat tillsammans inom strategiska fokusområden, bland annat:

- *Produktions- och kapacitetsplanering*
- *Samling kring vården (vårdplatser, bemanning, schemaläggning)*
- *Kompetensförsörjning*
- *Personcentrerad vård*
- *Information, kommunikation, marknadsföring och varumärke*
- *Skaraborgs Sjukhus framtidsbild*

Ett av SkaS största verksamhetsutvecklingsprojekt är kopplat till det omfattande lokalförändringsarbete som pågår och för 2015 främst i Skövde. Exempel på projekt som slutförts under året är färdigställande av den gemensamma mottagningen i Mariestad, nybyggd förlossningsavdelning i Skövde samt det beslut som fattades under året om placering av heldygnsvården för vuxenpsykiatri till Skövde. I samband med detta beslut togs även beslut om att arbeta gemensamt med östra hälso- och sjukvårdsnämnden om utveckling psykiatri och närsjukvård.



Årsredovisning 2015 Skaraborgs Sjukhus

**Skaraborgs Sjukhus
Ulla-Britt Hagström
Lars Johansson**

**Fastställd av styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
§ 1, 2016-01-28**

1. Sammanfattning

Ekonomi och verksamhet i balans har varit i fokus under hela året. Verksamheterna har arbetat med åtgärder för kostnadssänkningar för att möta den ingående ekonomiska obalansen som vid årets ingång bedömdes till cirka -130 miljoner kronor. Tack vara verksamhetens åtgärdsarbete som resulterat i en ekonomisk effekt på cirka +48 miljoner kronor samt på grund av de extra regionala intäkter som erhållits i december landar Skaraborgs Sjukhus (SkaS) resultat för 2015 på -63 miljoner kronor och en budgetavvikelse på -51 miljoner kronor.

Kompetensförsörjningen har varit en annan stor utmaning under året. Bristen på kompetens inom vissa specialiteter och inom vissa personalgrupper, främst läkare och sjuksköterskor, har påverkat ekonomi, arbetsmiljö och tillgänglighet på ett negativt sätt. Många aktiviteter pågår för att bibehålla och rekrytera medarbetare. Positivt är att läkare har kunnat rekryteras, bland annat till barn- och kvinnosjukvården samt vuxenpsykiatrien samt det framgångsrika arbetet med att integrera nyanlända syriska läkare inom ögonsjukvården. Under hösten startades också ett samarbetsprojekt mellan SkaS, Närhälsan, Tandvården, Arbetsförmedling och Migrationsverket för att snabbare fånga upp nyanlända med vårdutbildning.

På grund av kompetensförsörjningsproblemen och därmed svårigheter i bemanning av vårdplatser och mottagningar har tillgängligheten försämrats och antal väntande ökat under årets sista månader då det akuta patientflödet har prioriterats. Försämringen märks både för besök och behandling. Under året har resurser i större utsträckning än tidigare lagts på efterföljande besök, vilket påverkat tillgängligheten till första besök. Under året har ett regiongemensamt arbete för förbättrade ledtider inom cancersjukvården startat.

Ur ett strategiskt och långsiktigt perspektiv för verksamhet och ekonomi i balans har verksamhet och ledning under året arbetat tillsammans inom strategiska fokusområden, bland annat:

- *Produktions- och kapacitetsplanering*
- *Samling kring vården* (vårdplatser, bemanning, schemaläggning)
- *Kompetensförsörjning*
- *Personcentrerad vård*
- *Information, kommunikation, marknadsföring och varumärke*
- *Skaraborgs sjukhus framtidsbild*

Ett av SkaS största verksamhetsutvecklingsprojekt är kopplat till det omfattande lokalförändringsarbete som pågår och för 2015 främst i Skövde. Exempel på projekt som slutförts under året är färdigställande av den gemensamma mottagningen i Mariestad, nybyggd förlossningsavdelning i Skövde samt det beslut som fattades under året om placering av heldygnsvården för vuxenpsykiatri till Skövde. I samband med detta beslut togs även beslut om att arbeta gemensamt med östra hälso- och sjukvårdsnämnden om utveckling psykiatri och närsjukvård.

2 Regionfullmäktiges mål

Västra Götalandsregionens egna verksamheter ska vara föregångare i miljöarbetet

Under året har möbelhantering startat upp på SkaS Skövde (i Miljögruppens regi). I hanteringen ingår bl.a. att ta emot begagnade möbler, katalogisera dem och ställa ut dem i ett möbelförråd. Vid behov görs även rekonditionering av möbler. I möbelförrådet har verksamheten möjlighet att kostnadsfritt boka/hämta möbler de vill ha. Totalt gick fler än 1100 begagnade möbler till återanvändning under 2015. Tack vare detta har avfallsvolymer kunnat hållas nere samtidigt som det bidragit till ökad resurshushållning, såväl ekonomiskt som miljömässigt.

Under 2015 infördes också på försök miljödiplomering på ett verksamhetsområde (ortopedi) samt på enheten arkivet. Genom tydliga kriterier för godkännande är förhoppningen att det blir tydligare för verksamheten vad de behöver arbeta med för att vi ska uppnå gemensamma miljömål. Revision och utvärdering av denna pilot kommer ske under 2016.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska genom ett aktivt hälsofrämjande och förebyggande arbete skapa förutsättningar för invånarna att leva ett liv i hälsa

Efter flera års förberedelsearbete blev SkaS ett rökfritt sjukhus. Rökfrihet är en av hörnstenarna i det nationella arbetet med sjukdomsförebyggande metoder och därmed är ett rökfritt sjukhus en viktig symbol. Samtidigt intensifierades arbetet för tobaksfrihet inför operation tillsammans med primärvården.

Förberedelsearbetet för att under 2016 implementera regionuppdraget ”Sjukdomsförebyggande metoder” har pågått under året.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna

Tillgängligheten till första besök och behandling var vid ingången av 2015 god. Under våren och sommaren försämrades tillgängligheten inom flera verksamhetsområden, till största del beroende på brist på läkare, operationssalskapacitet och sjuksköterskor. Åtgärdsplaner togs fram för att förbättra tillgängligheten under hösten. Åtgärdsplanerna innefattade dels köp av vård hos externa vårdgivare och dels en utökad mottagningsverksamhet på SkaS. Inom specialiteter där det var brist på läkare och specialistsjuksköterskor köptes resurser från bemanningsföretag. Under hösten förbättrades tillgängligheten men mot slutet av året har den åter försämrats.

Årsredovisning 2015

I september infördes ”Standardiserade vårdförlopp” inom cancersjukvården för fem diagnoser. Detta har inneburit ett stort förberedelsearbete och en utmaning för att kunna garantera att vårdförloppens tidsramar uppfylls.

SkaS har korta ledtider på akutmottagningarna även om målen inte nås. I åtgärdspaketet för sommarplanering ingick ett nytt arbetssätt med förstärkt läkarbemanning för de kirurgiska specialiteterna på akutmottagningen vid SkaS Skövde, vilket ytterligare förkortade ledtiderna. Bemanningssvårigheter har förhindrat breddinförande men finns med i framtidsplaneringen.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa en kvalitetsdriven vård i hela Västra Götaland

En kvalitetsdriven vård innebär att i alla vårdprocesser skapa värde för patienter och närstående genom att tillfredsställa deras förväntningar och behov. Mer specifikt innebär det en säker vård av hög kvalitet som är patientdriven och personcentrerad, jämlik, kunskapsbaserad och som främjar hälsa och erbjuds med god tillgänglighet på ett effektivt sätt.

SkaS utgår från hörnpelarna i offensiv verksamhetsutveckling för att nå måluppfyllelse:

- patientens fokus
- ständiga förbättringar i patientprocesserna
- faktabaserade beslut
- alla medarbetare involveras
- faktabaserade beslut
- helhetssyn

Målen är definierade som 12 kritiska framgångsfaktorer i SkaS övergripande styrkort och har under året följts upp varje månad i ledningsgruppen för gemensam utvärdering och fortlöpande korrigering av handlingsplaner och åtgärder för att säkerställa måluppfyllelse.

Därutöver har SkaS processchefer haft avstämningsmöte var sjätte vecka under 2015 att:

- a) ta upp gemensamma frågor och aktuella problem som rör processarbetet på SkaS
- b) skapa gemensamt lärande kring utvecklingsarbetet av processerna
- c) kontinuerligt utveckla gemensamma standards och ”best practice” för processarbetet på SkaS.

Patientprocesserna inom respektive verksamhetsområdena har också redovisats för att öka lärande och säkra måluppfyllelse. Verksamhetsöverskridande processer har rapporterats på SkaS ledningsgrupps uppföljningsmöten varje kvartal.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna är delaktiga i vården och vet vart de ska vända sig för vård

Under året har flera cafédialoger med olika tema hållits på SkaS. Med hjälp av dessa har förbättringsområden och förslag tagits fram. Inför ny- och ombyggnadsplaner har både patienter och besökare tillfrågats för att fånga framtida behov och önskemål.

Verksamheterna arbetar för att förbättra sin information till allmänheten framförallt med information och kontaktvägar via nätet, 1177.

En arbetsgrupp har bildats för att organisera arbetet kring Journal på nätet. Information och utbildning har skett i ledningsstrukturen.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska erbjuda invånarna en sammanhållen vård oavsett vårdnivå eller vårdgivare

SkaS har sedan många år arbetat för ett sammanhållet vårdssystem för att patienterna ska uppleva en sömlös vård. Detta arbete går framåt med små steg där olika projekt ger möjlighet till större utveckling. Exempel på aktiviteter som pågått under 2015:

- Utveckling av specialiserade närsjukvårdsteamet i Lidköping samt uppbyggnad av ytterligare två team som omfattar övriga delar av upptagningsområdet. Denna utveckling sker i samarbete med primärvården och kommunerna.
- Utveckling av palliativa team i Skaraborg i samarbete med Hospice i Lidköping.
- Utveckling av organisatoriska ledningsgrupper för närsjukvården där kommuner, primärvård och sjukhuset säkrar arbetet med närsjukvården och kortar beslutsvägar mellan vårdnivåerna
- Utveckling av vårdplaneringsteam som arbetar med utslussning av patienter från den specialiserade vården
- Utveckling inom akutvårdkedjan där kontakter tas innan patienterna behöver komma in på sjukhuset och i stället kan få adekvat vård genom konsultation
- Under hösten har också startat ett utvecklingsprojekt som ska bidra till förbättrad vårdstruktur för patienter i behov av psykiatrisk vård där ett vårdssamarbete planeras motsvarande den för somatisk närsjukvård

Mycket arbete bedrivs inom ramen för Vårdssamverkan Skaraborg som är ett led i arbetet med att skapa ett sammanhållet vårdssystem i Skaraborg. Den politiska styrningen sker i gruppen för Politisk Samverkan Skaraborg,

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd

Jämlikhets-, jämställdhets- och mångfaldsarbetet är inga separata områden utan ingår i SkaS värdegrund och människosyn. Värdegrunden genomsyrar alla aktiviteter såsom t ex vid rekrytering, lönesättning med mera.

Flyktingmottagandet i Skaraborg har aktualiserat frågan om rätten till vård för att säkerställa jämlik vård. En informationssida på intranätet har skapats för att sprida information och ge möjlighet att ställa frågor till den expertgrupp som bildats.

Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen

Under kommande år har SkaS ett rekryteringsbehov av ca 1 500 nya medarbetare. De största behoven finns inom läkar- och sjuksköterskegrupperna, vilket motsvarar drygt 75 procent av det totala rekryteringsbehovet.

För att säkra SkaS kompetensförsörjning är det av stor vikt att såväl attrahera som behålla och utveckla medarbetarna. Detta har inneburit att stor vikt har lagts på att stärka SkaS varumärke för att kunna attrahera framtida medarbetare att välja SkaS. Lika viktigt har arbetet varit med att kunna behålla medarbetare.

Följande aktiviteter har genomförts under året:

- Stärkt SkaS varumärke som attraktiv arbetsgivare genom att:
 - Erbjudit alla sjuksköterskor en tillsvidareanställning
 - Strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor sedan 2002
 - Kompetensbevis grund och fördjupat
 - Utbildat undersköterskor till steriltekniker
 - Pionjär för ett strukturerat introduktionsprogram för undersköterskor
 - Systematiskt förbättringsarbete kring AT-tjänstgöringen för läkare
 - Läkarutbildning - fortsatt utveckling av fjärde noden till Göteborgs Universitet
- Ersätta de överläkare inom olika specialistområden som går i pension
- Startat upp ett samarbete med Migrationsverket och Arbetsförmedlingen för rekrytering av främst läkare från tredje land
- Deltagit och syns på strategiska mässor både nationellt och internationellt
- Skapat mötesplatser på sociala medier
- Fokuserat på arbetet med rekrytering – uppsökande verksamhet
- Tillskapat fler utbildningstjänster specialistsjuksköterskor inom SkaS bristområden för sjuksköterskor
- Genomfört studentenkät för samtliga studenter inom SkaS. Enkätens resultat visar att mer än 95 procent är helt nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning
- Arbetat fram och implementerat gemensamma lönekriterier för samtliga yrkesgrupper inom SkaS

3 Regionfullmäktiges uppdrag

Alla verksamheter ska ha kostnadskontroll och redovisa ekonomisk balans

Ekonomi i balans utgör ett av fyra övergripande mål i sjukhusets verksamhetsplan 2015. Kostnadsutveckling och ekonomiskt resultat följs och analyseras månadsvis både på sjukhusnivå och i verksamheten.

Åtgärder har under 2015 liksom tidigare år vidtagits av sjukhusets verksamheter för att anpassa kostnader till budgeterad nivå. Effekten av de vidtagna åtgärderna uppgår till en kostnadsreducering på cirka 48 miljoner kronor för 2015 jämfört med 2014. I samband med bokslutet erhöll sjukhuset även stora intäktsposter som inte varit kända till sin storlek tidigare, totalt cirka 20 miljoner kronor. Tack vara de kostnadsreducerande åtgärderna samt erhållen extra intäkt i december redovisar sjukhuset ett resultat och budgetavvikelse för 2015 i nivå med regionstyrelsens beslut om beviljat underskott på maximalt 50 miljoner kronor för 2015. Borträknat de extra intäkter som erhöles i december har verksamhetens resultat försämrats under året, trots kostnadsreducerande åtgärder. Anledningen till detta kan sammanfattas i två huvudorsaker:

- förändrade förutsättningar i budget 2015
- förändringar i verksamheten som medfört betydande ökade kostnader

Förändrade budgetförutsättningar

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev en i stort sett oförändrad budgettram.

- Ersättningen i VÖK minskas med 1% (effektiviseringskrav), cirka	-33 mnkr
- Förändrad resursfördelning år 1	-30 mnkr
- Effekt 2015 av ny internhyresmodell	-27 mnkr
- Tillfälligt omställningsbidrag	+20 mnkr
- Utökad budget (skattehöjning)	+75 mnkr

Verksamhetsutveckling som inneburit ökade kostnader

- Vuxenpsykiatri har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minskat. Ekonomisk påverkan, cirka 20 mnkr.
- Vid uppbyggnad av palliativ vårdavdelning i Skövde var avsikten att denna skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. Merkostnad 2015 10 mnkr.
- Medicinskt material.
 - Diabetessensorer, cirka 13 mnkr.
 - Volym och prisökning IVC, prisökning Operation, cirka 6 mnkr.
- Läkemedel. Kostnadsökning utöver indexuppräknings och utöver ersättning för ordnat införande (exempel Hepatit-C 10 %, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), kostnad cirka 10 mnkr.
- Ofinansierat nytt uppdrag, ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning), cirka 4 mnkr.

Årsredovisning 2015

- Utökat uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror på grund av PCB-sanering mm, cirka 12 mnkr.

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -70 miljoner kronor.

Det ekonomiska läget 2015 påverkas också av en hög kostnadsnivå och ekonomisk obalans redan vid årets ingång. Den ingående obalansen utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem. I obalansen ligger också en rest från tidigare års effektiviseringskrav och kostnadsökningar, bland annat för läkemedel, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader.

**Alla verksamheter ska arbeta för att utveckla kvaliteten i den egna verksamheten samt öka sin produktivitet och effektivitet.
Regionstyrelsen ska följa upp arbetet och tillse att resultatet kan jämföras inom och mellan verksamheterna**

Under året har verksamheten arbetat kontinuerligt för att förbättra utfallet i vårdprocesserna. Arbetet har bedrivits på olika nivåer där det sjukhusövergripande arbetet leds och samordnas av SkaS kvalitetsfunktion. Några av de aktiviteter som genomförts är

- Intervjuer med processchefer + enhetschefer läkare
- Granskning av samtliga 12 verksamhetsplaner för 2015
- Patientsäkerhetsberättelsen för SkaS 2015
- Uppföljning av SkaS resultat i Öppna jämförelser + kvalitetsregister 2015
- Processinventering på SkaS via processcheferna

I processperspektivet har SkaS under året identifierat tre områden som också är framgångsfaktorer för SkaS processarbete under 2016:

- Goda resultat i vårdens processer
- Säker och jämlik vård
- Sammanhållen vård

Historiskt har SkaS klarat de regionala kvalitetsindikatorerna inom de flesta områden. För 2015 är 39 av de Medicinska kvalitetsindikatorerna relevanta att ha med i uppföljningen. Uppföljningen görs utifrån redovisning i december 2015. Jämförelse görs med 2014.

Antal målindikatorer/upp nådd måluppfyllelse

	Bra måluppfyllelse	Nästan måluppfyllelse	Ej upp nått
2015	26	4	9
2014	27	6	6

För både 2014 och 2015 är det bland annat indikatorer för ledtider på akutmottagningen, vårdrelaterade infektioner och läkemedel som inte har uppnåtts. Några nya indikatorer har tillkommit 2015, bland annat för cancersjukvården, och där finns några indikatorer som inte uppnås beroende på olik inställning till operation.

Utfallet för kvalitetsindikatorerna följs kontinuerligt. Verksamhetschefen ansvarar för måluppfyllelse. Utfallet av kvalitetsindikatorerna och SkaS måluppfyllelse följs upp kvartalsvis på ordinarie uppföljningsmöten med ledningsgruppen.

Utöver de indikatorer som följs upp i kvartalen samt baserat på Öppna Jämförelser (publiceras i december) följer varje verksamhetschef ytterligare kvalitetsindikatorer som är relevanta för den aktuella verksamheten. Dessa indikatorer målsätts i respektive verksamhets verksamhetsplan. Uppföljning sker löpande på ledningsgruppsmöten och en slutkontroll mot Öppna jämförelser genomförs i december.

Produktiviteten har förbättrats marginellt under året, totalt cirka 1%, både mätt som antal utförda timmar per prestationspoäng och som bruttokostnad per prestationspoäng.

För att förbättra produktivitet och effektivitet har SkaS under året haft en fokusgrupp som arbetat med frågor kopplat till produktionsplanering och kapacitetsutnyttjandet. Fokusgruppen har utgjorts av deltagare från både sjukhusledning och verksamhet. Under hösten 2015 bildades ett sjukhusövergripande team med kompetenser från ekonomi, verksamhetsutveckling och HR, som stöd för verksamheternas arbete med produktions- och kapacitetsplanering. Sedan tidigare pågår arbete i verksamheterna för att förbättra produktionsplaneringen och detta arbete ska med hjälp av teamet utvecklas, följas upp, utvärderas och samordnas.

Beställarna ska i dialog med utförarstyrelserna säkerställa att effektiviseringskravet inte hanteras som ett generellt sparbeting som fördelas ut jämnt över hela organisationen

SkaS ledningsgrupp hade inför budgetår 2015 prioriterat sjukhusgemensamma åtgärdsområden att utreda vidare som ett led i att minska kostnadsnivån och hitta ett mer effektivt patientomhändertagande. Det handlade om att ta fram standards för grundbemanning av vårdavdelning och översyn av kompetensmixen på avdelning och mottagning (usk/ssk/läk), att utreda om en eventuell avveckling av vårdavdelning och skapa större enheter/vårdavdelningar och att minska de administrativa uppdragen i vårdverksamheterna.

Uppgiften har hanterats av en fokusgrupp ”Samling kring vården” med deltagare från sjukhusledning och verksamhet. Under året har bland annat ett arbete bedrivits tillsammans med konsult för att genomlysna bemanningen på vårdavdelning. Resultatet har påvisat stora olikheter i bemanningsbehov men även i sättet att bemanna, både avseende resursåtgång och kompetensmix. Ett fortsatt arbete är

Årsredovisning 2015

därför planerat som ska omfatta samtliga slutenvårdsavdelningar vid sjukhuset och som ska stötta och utveckla cheferna i bemanningsfrågor.

En vårdplatsutredning har genomförts under hösten som visat på behov av samordning och omfördelning av befintliga vårdplatser. Detta arbete fortsätter under 2016. Styrelsen har även begärt en utredning av hur ambulansverksamheten kan optimeras, vilken redovisas i januari 2016.

Som ett led i arbetet med åtgärder har totalt elva fokusgrupper startats upp under våren 2015 för att skapa fokus, delaktighet, aktivitet och utveckling kring sjukhusövergripande och strategiskt viktiga framtidsområden. Arbetet fokuserar på långsiktiga lösningar och helhetssyn på vårdkedjan:

- **Produktion- och kapacitetsplanering.** I dialog med chefer ska gruppen leda, planera, samordna och utveckla införandet av kapacitets- och produktionsplanering vid SkaS enheter. En inventering har skett av det produktionsplaneringsarbete som redan pågår sedan några år. Gruppen har identifierat de främsta hinder och problem som uppstår i verksamheten och som ett resultat har ett sjukhusövergripande team bildats som ska samordna, stötta och säkerställa arbetet med produktionsplanering vid sjukhusets verksamheter.
- **Samling kring vården.** Gruppen fokuserar frågor kring främst vårdplatser, bemanning, schemaläggning. Gruppen har bland annat initierat den genomlysning av slutenvårdsavdelningar som nämns ovan samt höstens vårdplatsutredning.
- **Patientsäkerhet.** Gruppen har ett övergripande ansvar för planering, utveckling och utvärdering av patientsäkerhetsarbetet på SkaS. Antalet vårdskador (kvalitetsbrister) ska minimeras och därmed även de kostnader som uppstår i samband med vårdskada, t ex i form av reoperationer och förlängda vårdtider.
- **Kompetensförsörjning.** Gruppen har arbetat med åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållanden för att kunna behålla kompetens och bli en attraktiv arbetsgivare för både befintliga och nya arbetstagare. Gruppen har arbetat med att inventera, kartlägga och prioritera pågående projekt och aktiviteter runt kompetensförsörjning. Gruppen har bland annat arbetat med frågor kring kompetensutveckling samt hur vi tar hand om studenter på ett sätt som väcker intresse och vilja för framtida anställning på SkaS.
- **Läkemedel.** Sedan tidigare finns ett läkemedelsråd på sjukhuset som arbetar med sjukhusövergripande strategier för en optimering av läkemedelskostnader utifrån nationella ambitioner och mål avseende god och säker vård. Gruppen gör tillsammans med sjukhusets läkemedelsenhet analyser och följer upp kostnader och förskrivningsmönster samt sprider kunskap kring verktyg för detta. Målet är en läkemedelsförskrivning som är kunskapsbaserad och effektiv, dvs rätt läkemedel till lägsta kostnad.
- **Samling kring psykiatrin.** Psykiatrin vid SkaS står inför stora utmaningar. En av de mest kritiska är kompetensförsörjning då psykiatrin har stora rekryteringsproblem. Det saknas specialistutbildade läkare, sjuksköterskor och psykologer, alla de centrala kompetenser som krävs för att kunna utveckla framtidens psykiatri. Verksamheten står dessutom inför stora lokalförändringar med en ny vårdbyggnad. En ny organisation med stora

Årsredovisning 2015

öppenvårdsmottagningar har skapats och behöver fortsätta utvecklas. Framtidens psykiatri Fokusgruppens uppdrag är att formulera hållbara strategier för den psykiatriska vården i Skaraborg som bygger på en nära samverkan mellan specialistvård, primärvård och kommunal omsorg. Huvudfokus under året har varit bemanning, organisation och arbetssätt.

- **Personcentrerad vård.** Fokusgruppens uppdrag är att verka för ett införande av långsiktigt hållbar vård genom att planera, koordinera och stimulera implementering av personcentrerad omvårdnad närmre patienten på SkaS. Redan i januari 2014 tog SkaS ledningsgrupp ett inriktningsbeslut mot en personcentrerad vård. Fokusgruppen har startat sitt arbete men den detaljerade handlingsplanen är inte helt klar ännu. Genom att involvera patienten ska kvaliteten och effektiviteten i vården höjas och kostnaderna därmed minskas.
- **Närsjukvård.** Gruppen arbetar med att ta fram en modell för hur vi i Skaraborg ska bygga upp Närsjukvårdscentrum utifrån de specifika förutsättningar som råder här och i samråd med våra vårdgrannar inom primärvård och kommunal verksamhet. Långsiktighet och helhetssyn för hela vårdkedjan skapar ändamålsenliga och effektiva vårdformer.
- **Diagnostik/Medicinska tjänster.** Omfattar laboratoriemedicin, bild- och funktionsmedicin samt övriga diagnostikområden samt medicinska tjänster, tex ortopedteknisk service. Gruppens arbete omfattar bland annat att utarbeta strategier för att optimera kostnader och tillgänglighet utifrån nationella mål samt avseende god och säker vård, analys och uppföljning av kostnader och förskrivningsmönster, utveckla verktyg och sprida kunskap om kostnader och förskrivningsmönster. Under 2015 har bland annat en analys av kostnaderna för ortopedteknisk service och hjälpmedel tagits fram.
- **Information, kommunikation, marknadsföring och varumärke.** SkaS har de närmaste åren flera kommunikativa utmaningar kopplat till stora förändringar i verksamhet och förutsättningar, såsom skärpta informationskrav i patientlagen, kompetensförsörjningsproblem och förändrade ekonomiska förutsättningar.
- **SkaS framtidsbild.** Tillsammans med ledningsgruppen och verksamhetens alla chefer har SkaS framtidsbild arbetats fram, ”Tillsammans för god vård och hälsa”. I framtidsbilden beskrivs SkaS inriktning i arbetet med patienter, medarbetare och samarbetspartners. Strategiska mål har formulerats och brutits ner i strategiska fokusområden och aktiviteter.

Alla nämnder och styrelser ska jämtegrera budgetar och årsredovisningar. Regionstyrelsen ska i regionens gemensamma årsredovisning redovisa resultatet av de samlade arbetet hos verksamheter och förvaltningar för att integrera jämställdhetsperspektivet under året

I årsredovisningen för 2015 har produktionsutfall för öppen- och sluten vård samt väntande totalt på SkaS redovisats uppdelat på män och kvinnor. Under 2016 kommer djupare analyser av utfallet att göras, bland annat avseende väntetider och resursfördelning samt uppdelat för olika patientgrupper och specialiteter.

4. Verksamheten

4.1 Vårdgaranti – tillgänglighet

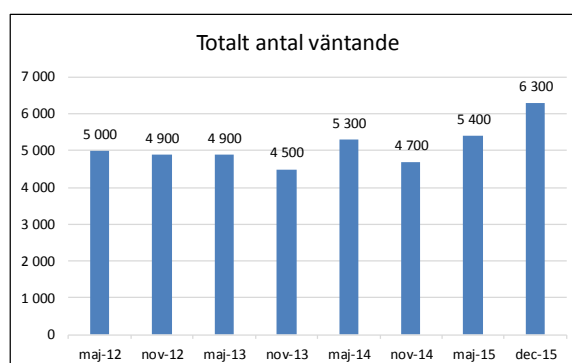
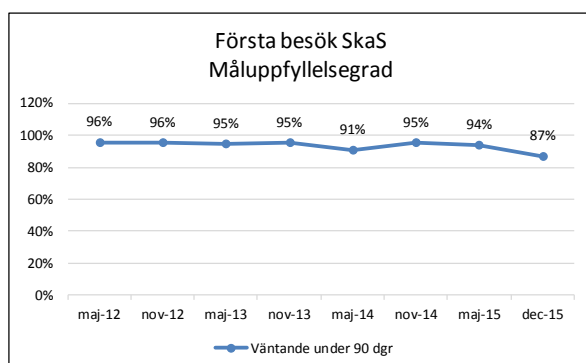
Speciellt fokus under 2015 har varit att förbättra tillgängligheten för patienter med misstänkt cancer genom standardiserade vårdförlopp. Detta arbete har inte påverkat tillgängligheten negativt för övriga patienter.

Totalt antal väntande till första besök har i snitt uppgått till 5 000 patienter sedan maj 2012. Under hösten 2015 har antal väntande patienter till första besök ökat och uppgick efter december till 6 300 patienter. Även antal väntande till operation/behandling har under 2015 ökat och uppgick i december till 2 700 patienter. Måluppfyllelsen för vårdgaranti (90 dagar) har försämrats till 82 procent efter att ha legat kring 96 procent i flera år.

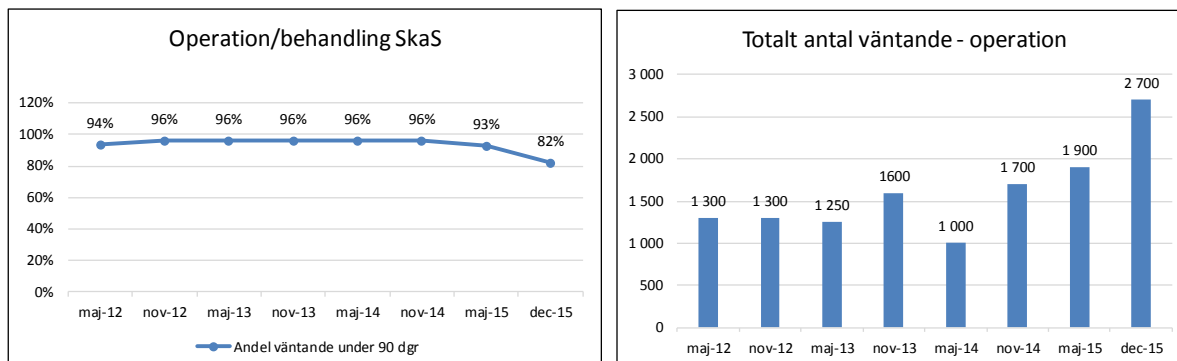
Det finns flera förklaringar till förändringen av köer under 2015

- Sjukskrivningar och/eller vakanta läkartjänster inom verksamheter med stora patientflöden till exempel ortopedi, kvinnosjukvård och urologi.
- Avtalstiden för regionalt volymavtal för ”övrig” ortopedi gick ut i december 2014.
- Sjuksköterskebrist som påverkat möjligheten att hålla operationssalar öppna samt skapat problem med att kunna genomföra planerad utökning av vårdplatser inom vissa specialiteter
- Under 2015 skickades färre patienter till externa vårdgivare än under 2015. Kostnaden för köpt garantivård har minskat med 9 miljoner kronor.
- Ökat remissinflöde med 3 procent
- Ökat antal uteblivna besök

Nedanstående diagram visar förändring av måluppfyllelse och av antal väntande under perioden 2012-2015. Två mätperioder per år.



Årsredovisning 2015



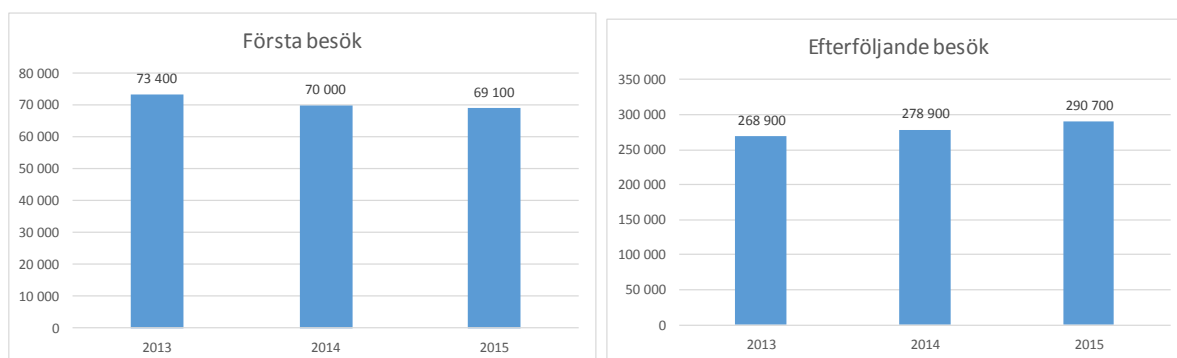
Remissinflöde, uteblivna och antal första besök

Remissinflödet påverkar både tillgänglighet och resursåtgång. Remissinflödet har ökat med tre procent under perioden 2013-2015. Det går inte att särskilja några specifika verksamheter som påverkats extra mycket av ökningen utan ökningen ses inom flera verksamheter. Ökningen av remisser kan inte ensamt förklara hela försämringen i tillgänglighet under 2015. Ett ökat remissinflöde påverkar däremot verksamheter på olika sätt beroende på vilka möjligheter de har att på kort sikt ställa om sina resurser för att möta ett ökat inflöde.

Tabellen visar remissinflöde 2013-2015 samt hur många remisser som skickas tillbaka till remittent alternativt vidarebefordras till extern vårdgivare. Total remissökning uppgår till 1 600 remisser.

	2013	2014	2015	Förändring 2015-2013
Totalt antal remisser	104 000	106 000	107 000	3%
Varav återrem alt vidarebefordrade	20 000	21 400	21 400	7%

Antal första besök har minskat under perioden 2013 till 2015. Denna minskning har delvis påverkat tillgängligheten negativt. Antal första besök har också påverkats av förändrade registreringsrutiner och förändrade patientprocesser. Första besök har minskat med 4 300 besök (6 procent) och efterföljande besök har ökat med 21 800 besök (8 procent) under perioden 2013-2015.



Årsredovisning 2015

En annan faktor som påverkar tillgängligheten är antal uteblivna besök. Det är inte bara första besök som blir uteblivna besök, men uppskattningen är att det är en stor andel av de uteblivna besöken som är första besök. Oavsett om det är första besök eller efterföljande besök binder uteblivna besök upp resurser och mottagningstider för patienter som står i kö. Antal uteblivna besök har ökat med 2 600 besök sedan 2013. En förhoppning är att införandet av SMS-påminnelse ska minska antalet uteblivna patienter. Uteblivna patienter ett nytt uppföljningsmått i SkaS verksamhetsplan 2016.



Åtgärder för att nå god tillgänglighet

Åtgärder för att uppnå en bättre tillgänglighet till besök och behandling pågår och innebär bland annat produktions- och kapacitetsplanering, översyn av vårdplatser kopplade till planerade operationer, utökad mottagningsverksamhet, köp av vård hos externa vårdgivare, rekrytering av personal inom bristområden samt köp av resurs via bemanningsföretag.

4.2 Prestationer

Prestationer	Utfall 2015 jan-dec	Periodbudget jan-dec	Utfall 2014 jan-dec	diff mot budget		diff mot fg år	
Sjukhus-vtf	37 500	36 200	37 000	1 300	4%	500	1%
DRG-poäng slv	31 300	29 600	30 800	1 700	6%	500	2%
Öppenvårdsbesök	403 000	376 200	378 300	26 800	7%	24 700	7%
DRG-poäng öv	7 220	6 990	7 240	230	3%	-20	0%

inom- och utomlänsproduktion

DRG-poäng 2014 viktade enl viktlista för jämförbarhet mellan åren, slv (0.9804)

Slutenvård (somatik + psykiatri)

Genomsnittlig beläggning de senaste 12 månaderna uppgick till 89 procent inom somatik och 82 procent inom psykiatri, vilket är i nivå med regionalt mål på 90 procent.

Antal sjukhusvårdtillfällen är i nivå med föregående år och 4 procent över budgeterade volymer. Inom somatiken har vårdtillfällen ökat inom palliativa, ortopedi samt kardiologi där man utökat antal vårdplatser under 2015. Övriga specialiteter har haft ökad/minskad produktion inom normalvariationen. Under 2015 planerades att öppna upp ytterligare vårdplatser inom psykiatri och ortopedi men på grund av sjuksköterskebrist har detta fått skjutas upp.

Årsredovisning 2015

Öppenvård (somatik + psykiatri)

Antal öppenvårdsbesök har under 2015 ökat jämfört med samma period 2014.

Ökningen är främst kopplad till efterföljande besök, vilket är en följd av att verksamheten kunnat bemanna vakanta läkartjänster. Ökning av antal efterföljande besök ses inom alla specialiteter, men främst inom Barn/Kvinno, BUP och VUP.

Besök med DRG-poäng har ökat vid periodjämförelse. En orsak till ökningen är att vissa diagnosgrupper som tidigare behandlats inom slutenvården nu behandlas inom öppenvården, t ex prolaps och tonsillotomier. En annan orsak är ökad produktion av öppenvårdsoperationer under våren för att förbättra tillgängligheten.

Prestationsersättning enligt vårdöverenskommelse

Ackumulerad produktion januari till december når upp till periodiserat takbelopp.

Sammanvägda prestationer

Sammanvägda prestationer är ett mått på totalt utförd vård och uppgick 2015 till 66 400 poäng, vilket är 2 procent högre än samma period 2014. Sammanvägda prestationer har ökat inom både slutenvården och öppenvården till följd av ökat antal besök samt ökat antal DRG-poäng inom slutenvården.

Sammanvägda prestationer	Utfall 2015	Budget 2015	Utfall 2014	diff mot budget		diff mot fg år	
Sammanvägda poäng	66 400	63 400	65 000	3 000	5%	1 400	2%

Tilläggsuppdrag - Regional produktionsstyrning

Beslut om regional produktionsstyrning togs av Regionstyrelsen i december 2013.

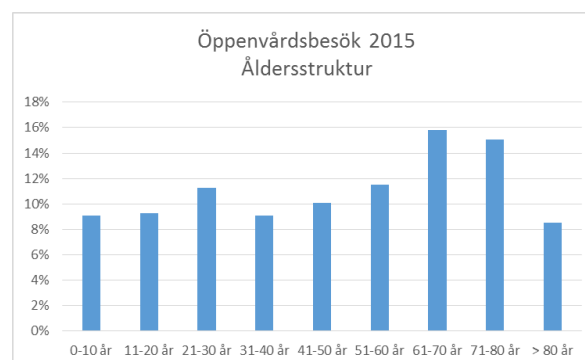
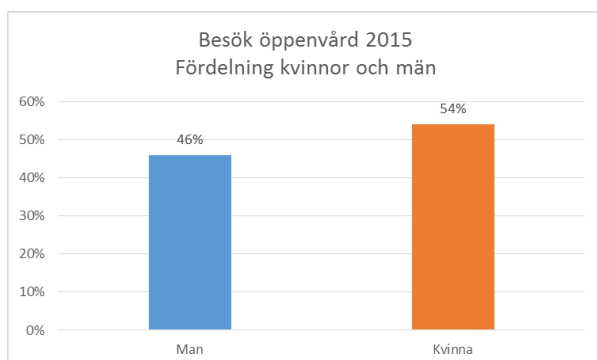
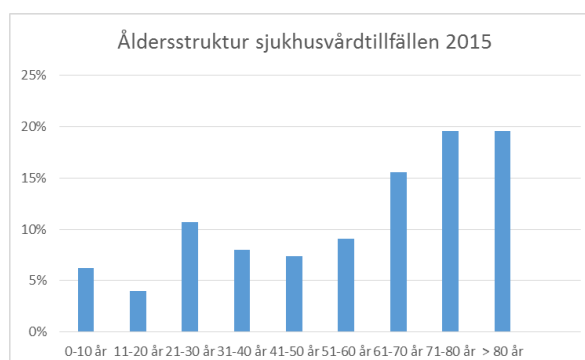
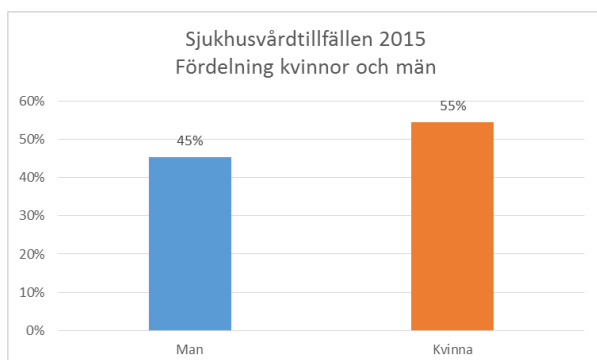
Beslutet innebär en regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosgrupper för att öka kvalitet och förbättra tillgänglighet för invånarna i Västra Götaland. SkaS har under 2015 ett utökat uppdrag inom höft/knäledsplastik, obesitaskirurgi samt koloskopiundersökning.

Regional produktionsstyrning	Uppdrag 2015	Utfall 2015	Avvikelse
Obesitas	250	250	0
Primära höft/knäplastiker (ej akuta)	100	100	0
Koloskopi	658	658	0

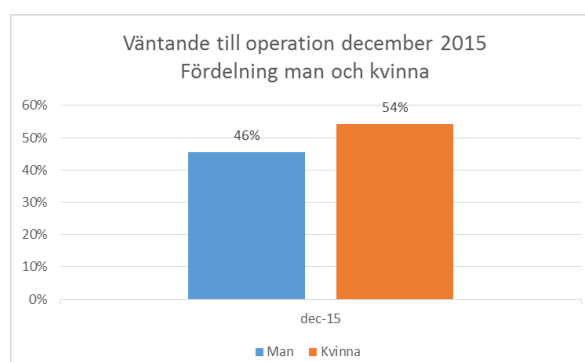
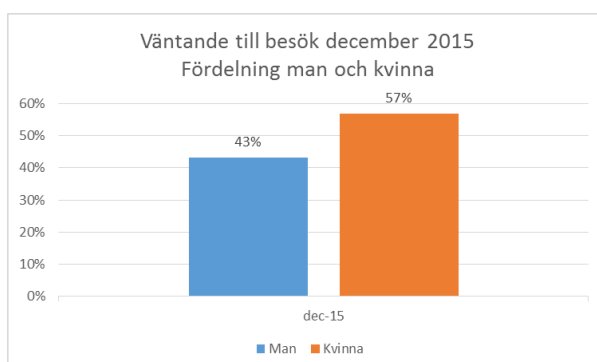
Utförd vård och vårdkö fördelat på män och kvinnor

Nedanstående bilder visar utförd vård under 2015 fördelat på män och kvinnor samt åldersstruktur. Fördjupad analys kommer ske under 2016 för att kunna beskriva utfallet samt hur fördelning av män/kvinnor skiljer sig inom olika specialiteter och för olika diagnosgrupper.

Årsredovisning 2015



Nedanstående bilder visar fördelning män/kvinnor av de patienter som väntade på första besök alternativt operation/behandling sista december 2015.



4.3 Jämlik vård

Jämlikhets-, jämställdhets- och mångfaldsarbetet är inga separata områden utan ingår i SkaS värdegrund och människosyn. Förvaltningskontoret har erbjudit utbildning i jämlik vård.

En expertgrupp för flyktingfrågor har bildats där både jämlikvård och rättighetsfrågor är på agendan

Årsredovisning 2015

Tillsammans med Primärvården har framförallt barnsjukvården arbetat med uppsökande verksamhet på våra flyktinganläggningar för att på detta sätt underlätta för dessa utsatta grupper. Planering pågår för att kunna nyttja våra medarbetares kultur- och språkkunskaper för att kunna erbjuda hjälp i situationer där exempelvis auktoriserad tolkhjälp inte är möjlig.

4.4 Rättighetsfrågor

Under 2015 genomgick, som första steg, en del av förvaltningskontoret en utbildning i rättighetsfrågor.

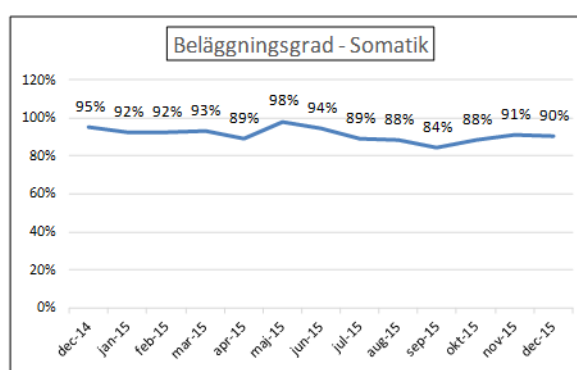
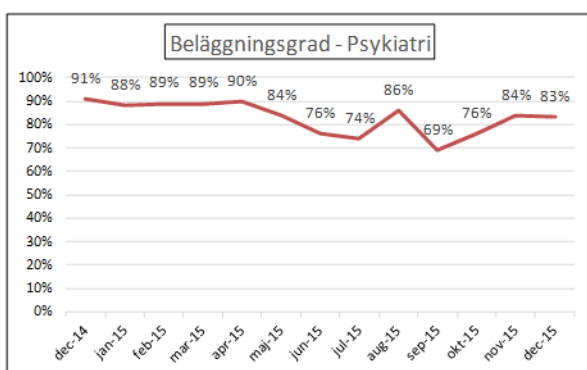
Förvaltningskontorets lokalgrupp har under året inlett samtal med handikapporganisationer för att ytterligare förbättra tillgängligheten på sjukhuset.

Se även under 4.3

Under året har projektet ”Barn som anhörig” avslutats och uppföljning sker inom ramen för sedvanlig verksamhetsuppföljning. Barn och ungdomar har deltagit i planeringen av det nya huset för barn- och kvinnosjukvård. Barn och ungdomars behov finns genomgående med i de ombyggnads- och nybyggnadsplaner som sjukhuset har.

4.5 Beläggning

Genomsnittlig belägningsgrad de senaste 12 månaderna uppgick till 89 procent inom somatiken och 82 procent inom psykiatri, vilket är i nivå med regionalt mål på 90 procent.



Överbeläggning och utlokaliserade

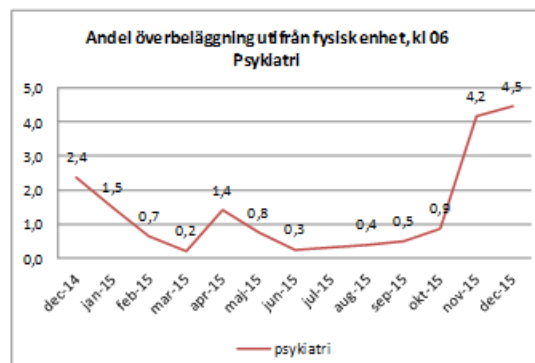
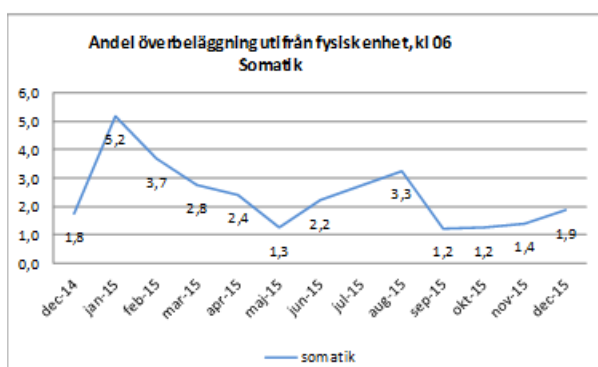
Andel överbeläggningar och andel utlokaliserade inom somatisk vård har inom vissa områden/avdelningar varit lägre under hösten jämfört med övriga månader 2015. Planerade öknings av vårdplatser inom ortopedi och intermedicin har inte kunnat genomföras på grund av rekryterings svårigheter. En fördjupad analys av vårdplatsbehov har påbörjats.

Belägningsgraden inom psykiatri uppgick till 85 procent i snitt under 2015. En avdelning inom allmänpsykiatri har varit stängd vilket medfört att den andra avdelningen haft

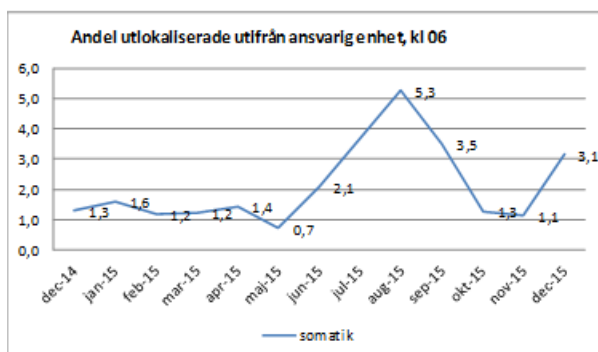
Årsredovisning 2015

överbeläggningar under november och december. För att kunna öppna fler vårdplatser pågår rekrytering av sjuksköterskor inom heldygnsvården. På kort sikt kommer även bemanningssjuksköterskor användas.

Andel utlokaliserade har legat på en jämn nivå över året med toppar under semesterperiod och julhelg på grund av samlokalisering av vårdplatser samt tillfällig neddragning av vårdplatser.



Andel överbeläggning = ((antal inskrivna patienter - antal disponibla vpl) / antal disponibla vpl) * 100
En rapporterad överbeläggning på en avdelning kan inte kvittas mot en ledig plats på annan avdelning.



Andel utlokaliserade = (antal utlokaliserade patienter / antal disponibla vårdplatser) * 100

SkaS har under 2015 förändrat registreringen av disponibla vårdplatser. Förändringen säkerställer redovisningen av beläggning samt utlokalisering och överbeläggning följer socialstyrelsens definitioner. Förändringen innebär att antalet disponibla vårdplatser i Elvis förändras när vårdplatser i beredskap öppnas. Redovisningen innehåller även statistik på antalet dagar med vårdplatser i beredskap.

4.6 Patientsäkerhetsarbetet

SkaS arbetar systematiskt med att säkerställa vården kvalitet och patientsäkerhet, där målet är att gradvis minska antalet vårdskador. Arbetet bedrivs metodiskt med patientens bästa i fokus och involverar ett antal obligatoriska aktiviteter. Aktiviteter inom patientsäkerhetsområdet är infektionsregistrering, övervakning av följsamheten till basala hygienrutiner, utbildning av patientsäkerhetsombud och åtgärder för att minska läkemedelsrelaterade problem samt minska antalet överbeläggningar.

Årsredovisning 2015

Under året har SkaS genomfört de nationella punktprevalensmätningarna med bra resultat. 2015 var även året då VGR genomförde en patientsäkerhetskulturmätning. Bearbetning av resultaten pågår som bäst och verksamheternas patientsäkerhetsplaner för 2016 kommer att baseras på kulturmätningen förbättringsområden.

Som ett led i att stärka patientsäkerhetsarbetet har en fokusgrupp bildats. Den är direkt underställd sjukhusdirektören och verkar som styrgrupp för patientsäkerhetsarbetet på SkaS. Uppdragen för uppdragstagarna inom patientsäkerhetsområdena har reviderats och fokusgruppen har regelbundet träffat uppdragstagarna.

Vidare är strävan fortsatt att vården ska präglas av en patientsäkerhetskultur som kännetecknas av patientens delaktighet och medverkan. Det ska också innefatta ett arbete med förebyggande insatser.

4.7 Verksamhetens miljöarbete

Under 2015 fortsatte arbetet med målområdena i Västra Götalandsregionens miljöprogram samt utveckling av SkaS Miljöledningssystem.

Under 2015 infördes på försök miljödiplomering som komplement till miljöledningssystemet på verksamhetsområde ortopedi samt på enheten arkivet. Genom tydliga kriterier för godkännande är förhoppningen att det blir tydligare för verksamheten vad de ska arbeta med för att vi ska uppnå gemensamma miljömål. Revision och utvärdering av denna pilot kommer ske under 2016.

Under året har möbelhantering startat upp på SkaS Skövde (i Miljögruppens regi). I hanteringen ingår bl.a. att ta emot begagnade möbler, katalogisera dem och ställa ut dem i ett möbelförråd. Vid behov görs även rekonditionering av möbler. I möbelförrådet har verksamheten möjlighet att kostnadsfritt boka/hämta möbler de vill ha. Totalt gick fler än 1100 begagnade möbler till återanvändning under 2015. Tack vare detta har avfallsvolymer kunnat hållas nere samtidigt som det bidragit till ökad resurshushållning, såväl ekonomiskt som miljömässigt.

Som helhet har mängden avfall på SkaS har minskat något (ca 2 procent) jämfört med 2014. Störst viktförändring har skett avseende fraktionerna matavfall (- 69 procent), elektronikavfall (+ 214 procent) och smittförande avfall (+ 25 procent). Mängden återvinningsfraktioner är nära oförändrad jämfört med året innan.

Insatser för att minska användningen av kemiska ämnen som innehåller utfasningsämnen har inneburit att förbrukningen av utfasningsämnen minskat avsevärt sedan vårt basår 2008. Alla uppgifter har inte kunnat säkerställas ännu, men preliminärt ser förbrukningen ut att ha minskat med ca 90 procent jämfört med basåret. Detta främst tack vare utbyte av gamla endoskopiskdesinfektorer som använder ett desinfektionsmedel som innehåller utfasningsämnet glutaraldehyd.

Årsredovisning 2015

Totala mängden lustgas ökat med ca 12 procent jämfört med föregående år. Antalet förlossningar har ökat marginellt jämfört med året innan och förlossningsavdelningen bedömer att detta haft ringa eller ingen betydelse för utsläppen. Liksom tidigare år genomför personalen insatser med profylax och inspirationsföreläsningar till blivande föräldrapar. Enligt Västfastigheter beror sannolikt hela ökningen på att de har installerat ett nytt reservsystem till sjukhuset i Skövde samt att de har kopplat in nya matningar till OP, MR, IVC och Röntgen.

Vad gäller tjänsteresor ser förändringen ut enligt följande jämfört med 2014:

Resta km med långtidsleasade fordon: + 6 procent

Resta km med korttidsleasade fordon (bilpoolsbilar): - 2 procent

Resta km med egen bil: + 11 procent

Resta km med flyg: + 42 procent (antalet flygresor har dock minskat något)

Antal periodkort (24 timmars, 3 dygns m.fl.): + 11 procent (avser kort utdelade av BoKa-centralen SkaS Skövde)

Riktlinjer för resande i tjänsten finns sedan flera år och är kommunicerade. Vad ökningarna med bil beror på känner vi i nuläget inte till. Vad gäller flygresor noterade BoKa-centralen, SkaS Skövde ett ökat antal bokningar under sommaren till konferenser/kongresser utanför Norden. Ökningen av periodkort kan enligt BoKa-centralen delvis förklaras med att många rest till Göteborg för att läsa svenska inom Plus-programmet.

Under 2015 gick drygt 80 personer den grundläggande webbaserade miljöutbildningen, i huvudsak personal på de enheter som ingår i piloten miljödiplomering.

4.8 Verksamhetens säkerhetsarbete

Det gångna året har inneburit fokus på flera internationella samhällsstörningar med allt från väderrelaterade händelser till allvarliga terrordåd. Inom VGR och SkaS bedrivs omvärldsbevakning av alla typer av säkerhetshotande risker och incidenter. Resultatet av detta plus risk- och händelseanalyser har på ett lokalt plan bidragit till säkerhetshöjande åtgärder inom rimlig nivå.

I alla avseenden är det av stor vikt att verksamhetens chefer och medarbetare främjar en god säkerhetskultur och har god kunskap om vilka säkerhetsrutiner som gäller. Det har under 2015 därför satsats lite extra på utbildning inom framför allt personskydd. Även bevakningsarbetet har omstrukturerats för att bättre möta behovet på våra olika sjukhusorter. En annan aktivitet värd att nämnas är framtagande av nya rutiner – t ex Hantering av brottsliga händelser, SkaS-övergripande ordningsregler samt reviderad Arbetsbeskrivning för Tjänsteman i Beredskap (SkaS-TiB). I övrigt hänvisas till svaren på enkäten för Regional redovisning av 2015 års säkerhetsarbete till regionstyrelsen (dnr RS 3604-2015).

4.9 Systematisk återkoppling

På SkaS försöker vi ta tillvara patienternas erfarenheter på ett systematiskt sätt. Vi utgår från den regionalt framtagna modellen med tre nivåer.

På **Nivå 1** formulerar förvaltningen frågorna och patienterna svarar. Vi tolkar svaren på frågorna och genomför förbättringsarbetet utifrån våra egna tolkningar. Följande aktiviteter finns på SkaS:

- SkaS deltar i den nationella patientenkäten som genomförs vartannat år
- Några verksamheter gör egna mätningar med enkäter för att ta reda på patienternas synpunkter till exempel förlossningen
- Några verksamheter använder sig av KUP mätningar, till exempel röntgen

På **Nivå 2** har sjukhuset dialog med patienterna. Vi diskuterar, drar slutsatser av patienters och närståendes erfarenheter för att använda i förbättringsarbetet. Följande aktiviteter finns på SkaS:

- Cafédialoger på alla sjukhusen. Under 2015 intervjuades ca 170 patienter och närstående
- Uppföljningssamtal 48-73 timmar efter att patient lämnat slutenvården
- Patientmedverkan i Händelseanalyser
- Patientklagomål/Avvikelsesystemet
- Dialogmöten med befintliga patienter inom psykiatri

På **Nivå 3** deltar patienterna i styrning och ledningsarbete. SkaS håller på att ta fram en handlingsplan i personcentrerad vård. Personcentrerad vård är ett av de fokusområden som kommer att prioriteras under 2016.

5. Personal

Verksamhet i balans

Medarbetare med rätt kompetens på rätt plats är en förutsättning för att kunna bedriva en kvalitativ vård med god tillgänglighet som ger förutsättningar för ett hållbart yrkesliv.

SkaS största utmaningar finns inom områdena:

Arbetsmiljö

- Arbeta aktivt med att uppnå en minskad sjukfrånvaro.
- Skapa en långsiktig hållbar arbetsmiljö.
- Skapa ökade förutsättningar för chefer inom SkaS.

Kompetensförsörjning

- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla sjuksköterskor/barnmorskor

- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla undersköterskor
- Arbeta med bemanning och kompetensmixer.
- Arbeta med kommande generationsväxlingar främst inom läkare, sjuksköterskor och barnmorskor.
- Att klara SkaS kompetensbehov utan att anlita bemanningsföretag.
- Ta hand om nyanländas kompetens utifrån verksamhetens behov

SkaS aktiviteter utifrån ovanstående utmaningar:

- Fortsatt arbete med uppgiftsväxling
- Fortsatt arbete med förändrad kompetensmix
- Stärka SkaS som varumärke genom t ex deltagande vid mässor etc.
- Samordnad schemaläggning
- Mätning upplevd god arbetsmiljö
- Arbeta för en minskad sjukfrånvaro
- Chefsutveckling
- Utveckla struktur kring omhändertagande av kompetenser från tredje land

5.2 Chefsförutsättningar

Utifrån det regionövergripande beslutet kring normtal för antal underställda per chef har en analys gjorts. På SkaS finns det 144 chefer varav 41 chefer har medarbetare över det rekommenderade spannet, vilket huvudsakligen består av 1:a linjens chefer inom vården.

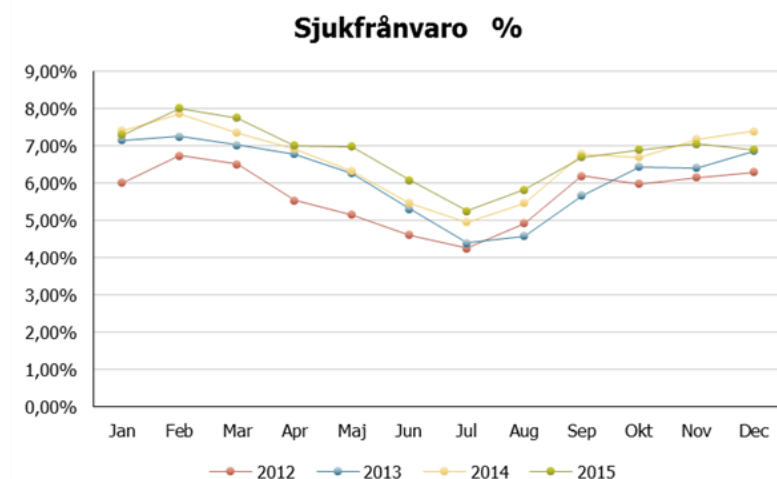
Utifrån den genomförda analysen har arbetet påbörjats för att uppnå regionens normtal.

5.4 Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaro %	2014	2015	Förändring
A Sjuksköterskor, barnmorskor	6,80 %	7,34 %	0,54 %
B Undersköterskor m.fl.	9,33 %	9,96 %	0,63 %
C Läkare	3,06 %	2,46 %	-0,60 %
D Tandläkare	1,84 %	2,98 %	1,13 %
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	4,13 %	3,62 %	-0,51 %
F Administratör, vård	6,42 %	6,39 %	-0,03 %
G Rehabilitering och förebyggande	7,55 %	7,69 %	0,13 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	3,15 %	2,81 %	-0,35 %
I Utbildning, kultur och fritid	5,73 %	3,33 %	-2,40 %
J Teknik, hantverkare	2,63 %	2,48 %	-0,15 %
L Administration	4,83 %	3,80 %	-1,03 %
Huvudgrupp	6,61 %	6,78 %	0,17 %

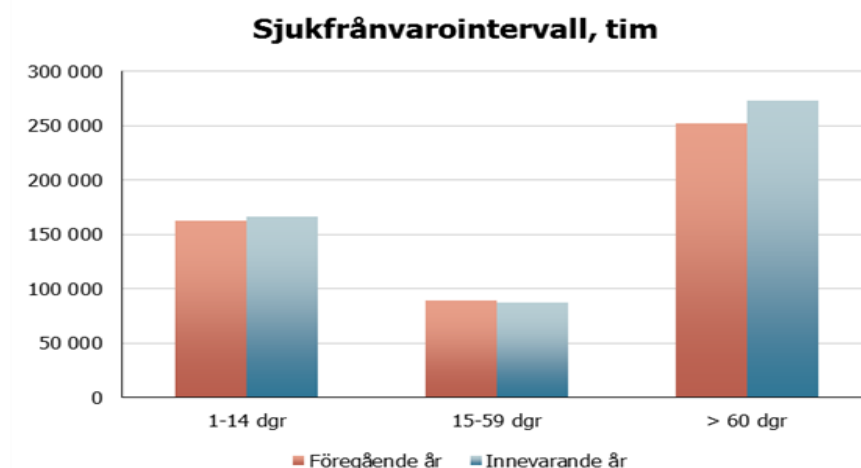
Årsredovisning 2015

Sjukfrånvaron för helår har ökat något 2015 jämfört med 2014, vilket innebär att regionens måltal om 5 procent inte uppnås. I nedanstående diagram redovisas sjukfrånvaron per månad.



Ökningen syns främst inom grupperna kort- och långtidsfrånvaro. Den ökade korttidsfrånvaron hänförs främst till årets första kvartal då frånvaro på grund av influensaperiod och vinterkräksjukan var hög. Juni och juli månad visade också på en ökning, därefter har dock korttidsfrånvaron minskat varje månad jämför med föregående år.

Det är främst i grupperna sjuksköterskor och undersköterskor som sjukfrånvaron ökar. Ökningen relateras såväl till somatiska som till arbetsrelaterade sjukdomar. Inom den arbetsrelaterade sjukfrånvaron finns bland annat förslitningsskador, patientrelaterade orsaker samt psykosociala diagnoser.



Insatser för att få sjukskrivna medarbetare tillbaka i arbete är viktigt. Under året har kartläggningar gjorts för att identifiera behoven av rehabiliteringsplaner. Utifrån detta har övervägande delen av verksamheterna säkerställt att samtliga sjukskrivna från dag 15 i sjukskrivningsperioden har en rehabiliteringsplan. Detta arbete har resulterat i ett antal aktiviteter såsom t ex utökat samarbete med Hälsan & Arbetslivet, tidiga rehabiliteringssamtal samt arbetsplatsanpassningar.

För att minska antalet korttidssjukskrivningar pågår ett lokalt projekt inom SkaS, ”Analys och åtgärder sjukfrånvaro”. Arbetet bedrivs i samverkan mellan första linjens chefer och Hälsan & Arbetslivet samt med stöd av HR. Projektet startade under hösten 2015 och ska ge cheferna en fördjupad kunskap kring sjukfrånvaro och rehabilitering, samt identifiera olika åtgärder som bedöms kunna inverka positivt på korttidssjukfrånvaron. Under 2106 kommer projektet utvidgas ytterligare.

Försäkringskassan har startat upp ett projekt ”Mobiliseringsinitiativet”. I projektet ingår regionen och där SkaS är en del. Projektets målsättning är att minska sjukfrånvaron.

Projektet har identifierat fyra områden att fokusera på:

- Chefsutbildning
- Medarbetarskapsutbildning
- Statistik och analys
- Screening för att hitta individer som riskerar ohälsa

För att SkaS ska vara en attraktiv arbetsgivare är det viktigt att kunna erbjuda en god arbetsmiljö. Arbetsmiljön behöver förändras och förbättras som en del i att minska sjukfrånvaron. Ett led i detta arbete är att analyseras medarbetarnas upplevda arbetsmiljö.

För att kunna mäta medarbetarnas nöjdhet har under 2015 en enkät utvecklats som gör arbetsmiljöfrågan synlig och som bjuder in till en dialog kring arbetsmiljön, såväl den fysiska som psykosociala, på enheterna. Mätningen kommer att genomföras kontinuerligt.

På samma sätt som med medarbetarenkäten ska resultatet vid behov utmynna i en handlingsplan som ska vara genomförd innan nästa mätning. Tidsintervallet mellan mätningarna är ca tio veckor. Varje enhets resultat aggregeras upp på verksamhetsnivå och detta resultat kommer att presenteras två gånger per år i SkaS Arbetsmiljökommitté.

5.7 Personalvolym och personalstruktur

5.7.1 Personalvolym

I nedanstående tabell framgår utvecklingen av års- och nettoårsarbetare samt antal anställda för respektive anställningsform.

Årsredovisning 2015

		Dec 2014	Dec 2015	Förändring antal
Årsarbetare	Tillsvidareanställd	3 774	3 828	54
	Visstidsanställd	332	270	-62
	Timavlönad	56	72	16
	Summa	4 163	4 170	8
Netto årsarbetare	Tillsvidareanställd	3 261	3 294	33
	Visstidsanställd	307	258	-49
	Timavlönad	56	72	16
	Summa	3 624	3 624	0
Anställningar	Tillsvidareanställd	3 884	3 931	47
	Visstidsanställd	349	282	-67
	Timavlönad	201	234	33
	Summa	4 434	4 447	13

Årsarbetare visar alla anställdas tjänstgöringsgrad omräknat till heltidsmått (två 50 % tjänst = 1 årsarbetare)
Nettoårsarbetare är ett framräknat mått där sysselsättningsgrad är justerad för eventuell ledighetsomfattning.
 För att sysselsättningsgraden ska justeras ska ledigheten omfatta hela månaden. Semester innebär inte någon justering.

Anställda motsvarar inte antal huvuden utan antalet anställningsavtal som finns. Vissa personer kan ha flera anställningar därför blir antalet anställningar fler än antal anställda individer.

Volymutveckling jämfört med föregående år

Volymen för årsarbetare är i stort sett oförändrad, vad som framgår är att det skett en förskjutning mellan anställningsformerna från visstid till tillsvidare. Detta är en medveten åtgärd för att stärka SkaS varumärke och tillgodose rekryteringsbehovet av framförallt sjuksköterskor och läkare.

Volymen för nettoårsarbetare är oförändrad, också här syns en förskjutning från visstid till tillsvidare anställningar.

Ökning av läkarna kan förklaras med att tillgången blivit bättre och att tidigare vakanser kunnat tillsättas, fortfarande råder dock brist inom vissa specialiteter såsom t ex urologi, neurologi, ögon, bild- och funktionsmedicin samt psykiatri. Det är också inom dessa områden som bemanningsföretag anlitas.

Volymen för antalet anställda har ökat något jämfört med föregående år.

I tabellen nedan framgår de största förändringar av nettoårsarbetare per huvudgrupp (yrkeskategori).

Årsredovisning 2015

Netto årsarbetare	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal	Kommentar
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 394	1 376	-18	SSK, allmän - 11 och specialist SSK/ barnmorskor - 6
B Undersköterskor m.fl.	829	836	7	Usk vårdavd + 15, övriga -7
C Läkare	514	539	25	Största förändringarna består av spec läkare +17, ST-läkare +12, ÖL + 6
D Tandläkare	6	4	-1	
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	13	11	-1	
F Administratör, vård	283	286	3	
G Rehabilitering och förebyggande	220	206	-14	Fysioterapeuter -6, Arbetsterapeuter -5, kuratorer -6, övriga -3
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	49	50	1	
I Utbildning, kultur och fritid	14	14	0	
J Teknik, hantverkare	6	6	0	
L Administration	296	294	-2	
Huvudgrupp	3 624	3 624	0	

I 2015 års kompetensförsörjningsplan som utgår från budget och med måttet tillsvidareanställda årsarbetare är behovet 3 699 årsarbetare. Idag har SkaS 3 828 tillsvidareanställda årsarbetare, vilket är 129 fler än budget. Avvikelsen finns framförallt inom gruppen sjuksköterskor.

Idag har SkaS 525 medarbetare som har ledighet för enskild angelägenhet (EA) utan lön det vill säga ledighet som inte är lagstyrd utan beviljas av enskild chef. Den sammanlagda ledigheten av dessa motsvarar ca 110 heltider. Dessa heltider fördelas med 48 för SSK, 24 för USK, 17 för läkare och resterande för övrig personal. En av anledningarna till att medarbetarna begär denna ledighet förklaras främst av sociala önskemål, familjeskäl samt för att förebygga sjukdom. Ytterligare en anledning är att regionen har heltid som norm och att flera medarbetare efterfrågar lägre tjänstgöringsgrader. Den åldersgrupp som är högst representerade är gruppen 40-60 år.

Vad som kan ses är att samma åldersgrupp som har ledigt för egna angelägenheter också är den grupp står för en hög sjukfrånvaro vilket stämmer med signalerna om minskad ork att arbeta heltid.

Sjukfrånvaro %	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
-19 år	/0	/0	/0
20-29 år	4,98 %	4,77 %	-0,21 %
30-39 år	5,05 %	5,70 %	0,65 %
40-49 år	7,41 %	7,27 %	-0,14 %
50-59 år	6,73 %	7,34 %	0,61 %
60- år	7,87 %	7,92 %	0,05 %
Ålder	6,61 %	6,78 %	0,17 %

Antal medarbetare som har någon form av ledighet pga enskild angelägenhet (EA)						
VO	Fördelning per kategori					Totalt
	SSK	USK	Läk	Med sekr	Övr	
K1	7	1	5	1	1	15
K2	10	20	3	5	0	38
K3	37	17	7	5	0	66
K4	4	7	3	2		16
K5	17	11	12	7	1	48
K6	69	30	7	4	0	110
M1	23	8	2	1	2	36
M2	38	14	3	2		57
M3	24	9	6	2	2	43
M4	13	1				14
M5	25	9	5	4	9	52
M6	7		1	1	11	20
Utbildn						0
FoU	1					1
Förv kont					9	9
	275	127	54	34	35	525

5.7.2 Volymutveckling över tid

Medelvärde årsarbetare					Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 719	360	53	4 132	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 673	359	51	4 082	Anst stopp/ssk anst prövn
År 2014	3 727	397	58	4 182	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 820	349	66	4 235	Särskild anst prövn

Medelvärde netto årsarbetare					Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 263	345	53	3 661	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 209	343	51	3 603	Anst stopp/särskild anst prövn
År 2014	3 251	379	58	3 688	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 333	335	66	3 734	Särskild anst prövn

Vid ovanstående jämförelse av volymer över tid framgår att volymerna ökar, detta trots att anställningsrekstriktioner funnits under samma tidsperiod. Den största förändringen finns inom gruppen tillsvidareanställda, där sjuksköterskorna och läkarna är står för de största ökningarna. Undersköterskorna och administration har minskat något.

Årsredovisning 2015

5.7.2 Ofrivilliga deltider

SkaS har idag 3 931 tillsvidareanställd personal, av dessa är 393 deltidсанställda vilket innebär ca 10 procent. Av dessa är det ingen som är ofrivilligt deltidсанställd enligt regionens definition.

5.8 Bemanningsföretag

Bemanningsföretag används främst inom kategorin läkare, detta på grund av vakanser i läkargruppen. För att kunna hålla en patientsäker vård så krävs det i dagsläget inhyrning av läkare.

Kostnad bemanningsföretag

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2014	Utfall 2015
Läkare	34 804	36 549
Sjuksköterskor	5 883	4 156
Övriga	3 130	81
Totalt	43 817	40 787

Det råder en viss obalans mellan behov och tillgång till läkare och sjuksköterskor. Bristen på tillgång till kompetens i kombination med att klara sjukhusets tillgänglighet har medfört att SkaS behövt anlita bemanningsföretag.

Bemanningsföretag för läkare har använts inom:

- Internmedicin, mellanjour akutmottagningen
- Neurologi/rehab
- Vuxenpsykiatri inom öppen och slutenvård
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och slutenvård
- Bild.- och funktionsmedicin.
- Urologi och onkologi
- Ortopedi
- Ögon
- Anestesi
- Barn
- Gynekologi

För läkargruppen är användandet av bemanningsföretag i första hand på grund av vakanta tjänster där det trots upprepade åtgärder inte lyckats rekrytera.

Under sommaren har bemanningsföretag använts till mellanjour på akutmottagningen Skövde som en konsekvens av rådande sjuksköterskebrist. Inom övriga områdena kommer bemanningsföretag fasas ut på sikt, förutom inom områdena vuxen- och barnpsykiatri där behovet kvarstår.

Bemanningsföretag för sjuksköterskor har använts inom:

- Intern- och lungmedicin
- Akutmottagningen, Lidköping
- Akutmottagningen, Skövde
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och sluten vård
- Vuxenpsykiatri inom öppen och sluten vård
- Kirurgavdelningen, Skövde
- Operation
- Barnmorskor

Bemanningsföretag har använts på grund av rekryteringssvårigheter och för att lösa sommarsituationen. Under året har ett antal rekryteringar skett på berörda enheter samtidigt som enheterna arbetat med en förändrad kompetensmix. Regionens beslut om stopp för anlitande av bemanningsföretag för sjuksköterskor gäller från och med 1 oktober 2015 vilket SkaS i möjligaste mån eftersträvar att följa.

Effekten av stoppet för bemanningsföretag har inneburit att kirurgavdelningen i Skövde har fått göra en permanent neddragning av antalet vårdplatser samt att operationsavdelningen, Skövde har fått stänga operationssalar periodvis, detta som en följd både av de rekryteringssvårigheter som finns samt av beslutat stopp för nyttjande av bemanningssjuksköterskor. Inom vuxenpsykiatri har bemanningsföretag för sjuksköterskor använts trots regionens införande om stopp av bemanningsföretag. Orsaken till detta är hög sjukfrånvaro samt kökortning.

Bemanningsföretag för övriga grupper har använts inom:

- Bild och funktionsmedicin – distansgranskning

5.9 Personalkostnadsanalys**5.9.1 Kompetensmix**

SkaS har under en period arbetat med processorienterad bemanning (PROBE) som bland annat resulterat i att verksamheterna under 2015 kartlagt enheternas kompetensmixer.

Kartläggningen har belyst behovet av att fortsätta arbeta med uppgiftsväxling och kompetensutveckling för att på sikt kunna förändra kompetensmixen.

SkaS har under 2015 dessutom haft en fokusgrupp ”Samling kring vården” med uppdraget att identifiera möjligheter att frigöra resurser för att stärka det vårdnära arbetet inom i första hand slutenvårdsavdelningarna, där målsättningen är att ha en struktur på hur SkaS bemannar vårdplatserna.

SkaS arbetar strukturerat utifrån regionens inriktning att resurser ska användas på ett effektivt sätt. Detta görs bland annat genom en ökad användning av arbetstidsscheman som är mer

Årsredovisning 2015

styrande utifrån verksamhetens behov, sträcker sig över längre schemaperioder och som samplaneras med andra kompetenser i teamet, inklusive läkare.

Trenden de sista åren visar inte på någon förändrad kompetensmix, vilket framgår nedan.

Tillsvidareanställda	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
Sjuksköterskor	1586	1568	1647	1655
Undersköterskor	869	853	847	845
Totalt	2455	2421	2494	2500

Kompetensmix	%	%	%	%
Proc andel USK	35	35	34	34
Proc andel SSK	65	65	66	66

5.9.2 Personalomsättning

Personalomsättningen utgår från antalet avgångar utanför egen förvaltning (SkaS) relaterat till antalet tillsvidareanställd personal.

Personalomsättningen för SkaS ligger på 9,6 procent jämfört med regionens 8,2 procent. De grupper som har den största omsättningen är sjuksköterskor, rehabilitering och förebyggande (främst fysio- och arbetsterapeuter) samt administration.

Orsaken till personalomsättningarna är ca 30 procent pensionsavgångar och ca 70 procent avgångar på egen begäran. Nedan framgår fördelningen per yrkesgrupp.

Personalomsättning per yrkesgrupp	Total proc personal oms 2015	Antal avgångar egen begäran	Antal avgång hel ålders- pens	Totalt antal avgångar	Proc Egen begäran	Proc Hel ålders- pens
A Sjuksköterskor, barnmorskor	10,2 %	110	35	145	76 %	24 %
B Undersköterskor m.fl.	6,7 %	27	23	50	54 %	46 %
C Läkare	8,1 %	21	10	31	68 %	32 %
F Administratör, vård	3,9 %	4	5	9	44 %	56 %
G Rehabilitering och förebyggande	12,3 %	16	3	19	84 %	16 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	9,6 %	0	3	3	0 %	100 %
I Utbildning, kultur och fritid	6,7 %	0	1	1	0 %	100 %
L Administration	9,3 %	13	9	22	59 %	41 %
Huvudgrupp	8,7 %	191	89	280	68 %	32 %

I samband med att medarbetaren avslutar sin anställning sker ett avgångssamtal av chef. Inom region pågår ett arbete med att ta fram en gemensam digital enkät till medarbetare som

Årsredovisning 2015

avslutar sin anställning. Orsakerna till avslut är en av parametrarna som kommer att ingå i enkäten och kommer också kunna redovisas per förvaltning.

5.9.3 Övertid, OB m m

Den totala övertiden för SkaS har minskat. Vad som framgår på verksamhetsnivå är att det inom områdena medicin i Skövde, barn/kvinno, an/op/IVA syns en ökning av framförallt kval övertid för sjuksköterskegruppen, detta på grund av rådande vakanssituation, så kallade bemanningssnurror samt sommarsituationen. Inom övriga verksamhetsområden syns en minskning totalt på övertiden.

Redovisningen för övrig övertid åtgärdades i Cognos senare delen av hösten 2015, varför manuell beräkning fått tillämpats historiskt från april 2014, vilket innebär en osäkerhetsfaktor.

Övertidsgrupp	Utfall 2014	Utfall 2015	Diff tim	%
Mertid	30 093	28 461	-1 633	-5,4%
Enkel övertid	16 867	17 028	162	1,0%
Kval övertid	52 594	52 774	181	0,3%
Övrig övertid	16 225	15 680	-545	-3,4%
Summa	115 778	113 944	-1 834	-1,6%

*) Manuellt justerade pga fel i Heroma

Ersättningar av OB används enligt avtal (AB) och är ej påverkbar utifrån gällande bemanningsbehov.

6. Ekonomi

De stora ekonomiska utmaningarna under verksamhetsår 2015 har varit att hantera den ingående ekonomiska obalansen från tidigare år, de förändrade ekonomiska förutsättningarna i budget 2015 samt att hantera de förändringar i verksamheten som drivit på kostnadsutvecklingen negativt under året. Utmaningarna inom ekonomin tillsammans med stora problem med kompetensförsörjningen inom vissa specialiteter, ett hårt tryck på befintliga vårdplatser inom främst medicin och ortopedi samt problem med att hålla vårdgarantin har skapat ett stort behov av effektivisering, utveckling och förändring. Det långsiktiga förändringsarbetet har dock tenderat att hamna i skuggan av de akuta problemen med kompetensförsörjning, brist på vårdplatser, arbetsmiljöproblem samt problem med tillgänglighet till besök och behandling.

Trots det ansträngda läget har verksamheten lyckats med att arbeta vidare med åtgärder för att effektivisera och minska kostnader i verksamhetens processer. Totalt har åtgärder motsvarande en ekonomisk effekt 2015 på cirka 48 miljoner kronor genomförts.

Handlingsplan med åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och på sikt minska sjukfrånvaro och personalomsättning finns framtagen. Ett projekt med fokus på i första hand korttidsfrånvaron har startats upp i samverkan mellan HR, Hälsan & Arbetslivet och första linjens chefer. En översyn pågår av schemaläggning och bemanning i syfte att minska resursåtgången och skapa ökad kontinuitet för medarbetare och patienter, vilket bidrar till en förbättrad ekonomi, arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

Se även skrivning i avsnitt 3 Regionfullmäktiges mål.

6.1 Ekonomiskt resultat

Accumulerat resultat för året är -63,4 miljoner kronor, budgetavvikelsen är -51,4 miljoner kronor inklusive beviljat utnyttjande av eget kapital med 12 miljoner kronor för perioden. Kostnadsökningen för 2015 är 4,8 procent vilket är i nivå med intäktsökningen för året. De främsta orsakerna till det negativa ekonomiska resultatet 2015 är en ingående ekonomisk obalans från 2014, förändrade förutsättningar i budget 2015 och förändringar i verksamheten som medfört betydande ökade kostnader.

Förändrade budgetförutsättningar

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev en i stort sett oförändrad budgetram.

- Ersättningen i VÖK minskas med 1% (effektiviseringskrav), cirka	-33 mnkr
- Förändrad resursfördelning år 1	-30 mnkr
- Effekt 2015 av ny internhyresmodell	-27 mnkr
- Tillfälligt omställningsbidrag	+20 mnkr
- Utökad budget (skattehöjning)	+75 mnkr

Årsredovisning 2015**Verksamhetsutveckling som inneburit ökade kostnader**

- Vuxenpsykiatri har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minimeras. Ekonomisk påverkan, cirka 20 mnkr.
- Nystartad palliativ vårdavdelning hösten 2014 vilken skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. Merkostnad 2015 10 mnkr.
- Medicinskt material,
 - diabetessensorer, cirka 13 mnkr.
 - volym och prisökning IVC, prisökning operation, cirka 6 mnkr.
- Läkemedel. Kostnad > indexuppräknings (exempel Hepatit-C 10%, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), kostnad cirka 15 mnkr utöver kompensation inom ordnat införande.
- Ofinansierat nytt uppdrag till följd av ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning), cirka 4 mnkr.
- Utökat uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror på grund av PCB-sanering med mera, cirka 12 mnkr.

Ingående ekonomisk obalans

Den ingående obalansen från tidigare år utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem, vilket har fortsatt under 2015. I obalansen ligger också en rest från tidigare års kostnadsökningar, bland annat för läkemedel, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader. Läkarutbildningen är ofinansierad med 7 miljoner kronor.

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -70 miljoner kronor.

Tack vare verksamhetens åtgärder för en förbättrad ekonomi som resulterat i kostnadsreducering med cirka 48 miljoner kronor för 2015 samt på grund av extra intäkter i december, vilka inte varit beviljade eller kända till sin storlek tidigare under året, på sammanlagt 20 miljoner kronor redovisar sjukhuset ett årsresultat och budgetavvikelse för 2015 i nivå med regionstyrelsens beslut om beviljat underskott på maximalt 50 miljoner kronor för 2015.

Årsredovisning 2015

Resultaträkning	Helårsresultat				
	Utfall per 1512 mnkr	Budget t.o.m. 1512 mnkr	Utfall t.o.m. 1412 mnkr	Avvikelse Utfall/ budget mnkr	Förändring Utfall 2015/ Utfall 2014 %
Patientavgifter	69,1	67,2	69,1	1,9	0,0%
Såld vård internt	3 506,2	3 483,1	3 323,2	23,0	5,5%
Såld vård externt	42,5	34,7	36,1	7,8	17,7%
Försäljning med tjänster	59,9	60,3	59,8	-0,4	0,1%
Övriga intäkter	110,7	79,8	103,7	30,9	6,7%
Bidrag och ersättningar	155,9	57,0	175,4	98,9	-11,1%
Verksamhetens intäkter	3 944,2	3 782,1	3 767,3	162,1	4,7%
Löner och soc avg	-2 328,6	-2 311,1	-2 239,1	-17,6	4,0%
Övriga personalkostnader	-43,1	-32,3	-41,9	-10,7	2,8%
Bemanningsföretag	-40,8	0,0	-43,8	-40,8	-6,9%
Köp av sjukvårdstjänster	-57,1	-37,1	-54,9	-20,0	4,1%
Köp av laboratorietjänster	-131,8	-113,1	-122,3	-18,7	7,8%
Medicinsk service	-19,3	-8,4	-16,4	-10,9	17,8%
Läkemedel	-460,3	-421,8	-406,6	-38,5	13,2%
Medicinskt material	-177,8	-141,7	-160,1	-36,2	11,1%
Hjälpmedel, inkontinensartiklar	-57,2	-54,2	-66,7	-3,0	-14,2%
Städ- och tvättkostnader	-55,3	-52,9	-55,4	-2,4	-0,2%
Hyror och lokalkostnader	-239,4	-240,5	-233,4	1,0	2,6%
Övriga kostnader	-321,6	-306,1	-311,1	-15,6	3,4%
Avskrivn o nedskr	-70,4	-71,0	-68,0	0,6	3,5%
Verksamhetens kostnader	-4 002,8	-3 790,1	-3 819,6	-212,7	4,8%
Finansiella intäkter o kostnad	-4,8	-4,0	-3,7	-0,8	30,8%
Resultat	-63,4	-12,0	-55,9	-51,4	

6.1.1 Intäkter

Verksamhetens totala intäkt ökade med 5 procent 2015 jämfört med 2014.

Patientavgifter ligger i balans med budget och föregående år.

Utfall för vårdintäkter uppgick till 23 miljoner kronor över budget. Detta förklaras av att vårdintäkter under 2015 inkluderar ersättning för tilläggsuppdrag inom regional produktionsstyrning (se avsnitt 4) och ersättning för köpt garantivård. Denna ersättning ingick tidigare under bidrag och ersättningar. Under 2015 har intäkter för asylsökande ökat på grund av ökat antal asylsökande patienter. Övrig såld vård uppgick till 8 miljoner kronor över

Årsredovisning 2015

budget och beror på en ökad intäkt för patienten boende utanför VGR och för patienter där kommun och försäkringskassa är betalare.

Försäljning av medicinska tjänster i nivå med föregående år och med budget.

Utfallet för övriga intäkter uppgick till 31 miljoner kronor över budget och 7 miljoner kronor högre än 2014. Förändring i faktureringsrutin av FoU-medel förklarar en del av intäktsökningen. Intäkt för FoU har tidigare ingått i vårdintäkten men från och med 2015 hamnar ersättningen under övriga intäkter drygt 15 miljoner kronor. Den enskilt största posten inom övriga intäkter är den regionala finansieringen av 45 AT-läkarblock och ersättningen 2015 uppgick till 48,8 miljoner kronor. Ersättningen 2015 är i nivå med budget. Poster som ej budgeterats är bland annat projektintäkter och intäkter av tillfällig karaktär där intäkten motsvaras av en kostnad.

Bidrag och ersättningar har jämfört med 2014 minskat från 175 miljoner kronor till 156 miljoner kronor, vilket innebär en minskning med 20 miljoner kronor eller -11 procent. Främsta orsakerna till förändringen är:

- Hyresbidrag för att kompensera kostnadsökningen av ny hyresmodell upphörde 2015 vilket innebär en intäktsminskning med 27,3 miljoner kronor under 2015.
- Ersättning från HSU avseende den utökade rättspsykiatriska verksamheten i Falköping erhålls via ordinarie vårdfakturerings (VÖK) 2015. Beloppet uppgick till 8,2 miljoner kronor.
- Lägre intäkter har erhållits för ordnat införande avseende regionuppdrag och regionala medicinska riktlinjer för bland annat RÖS (Rörelseapparaters sjukdomar), patientsäkerhetsmedel och ersättning för Rehabgaranti.
- Ersättning för regionens tillgänglighetssatsningar inom vårdgaranti (24 miljoner kronor) har erhållits via vårdintäkter i stället för att faktureras under 2015.

Under 2015 har nya bidrag och ersättningar erhållits med 70 miljoner kronor.

- Akutvårdskedja och akutläkarkoncept 16 miljoner kronor
- Förstärkning inom psykiatri och neuropsykiatri 7,6 miljoner kronor
- Medel för psykisk ohälsa 3 miljoner kronor
- Palliativ vård 1,3 miljoner kronor
- Standardiserade vårdförlopp inom cancervården 6 miljoner kronor
- Statsbidrag Förlossningsvård 5 miljoner kronor
- Läkemedel ordnat införande inklusive RÖS 11 miljoner kronor
- Återbetalning från regionservice 3 miljoner kronor
- PU-anslag 12 miljoner kronor

Årsredovisning 2015

6.1.2 Kostnader

Personalkostnader

Budgetavvikelsen för personalkostnader inklusive bemanningsföretag uppgår till – 69 miljoner kronor varav det mesta täcks av erhållna intäkter. Personalkostnaden har ökat med 87,5 miljoner kronor, 3,8 procent, jämfört med föregående år. Kostnadsökningen specificeras i nedanstående tabell.

	Förändring Kkr	%
Löner och sociala avgifter	89 500	3,9%
varav		
Löneöversyn (3 mån 2014, 9 mån 2015)	70 900	3,1%
Volymförändring nåa	25 400	1,1%
Förändrad medellön (exkl löneöversyn)	-100	0,0%
OB	6 300	0,3%
Övertid och mertid	-6 200	-0,3%
Intjänad/Uttagen semester	-2 000	-0,1%
Jour och beredskap	-1 800	-0,1%
Sjuklön	-900	0,0%
Övriga personalkostnader	1 200	0,1%
Bemanningsföretag	-3 200	-0,1%
Summa	87 500	3,8%

Den största delen av personalkostnadsökningen utgörs av löneöversynen som medfört löneökningar med 3,4 procent 2014 och 3,2 procent 2015. Effekterna av löneöversyn 2014 kvarstår som en förklaringspost för årets första tre månader.

SkaS har inte haft någon volymökning av antal nettoårsarbetare vid jämförelse av volymer december 2015 med december 2014. Vid en jämförelse av volymer för hela perioden januari-december har volymökning nettoårsarbetare i genomsnitt varit 46 för året.

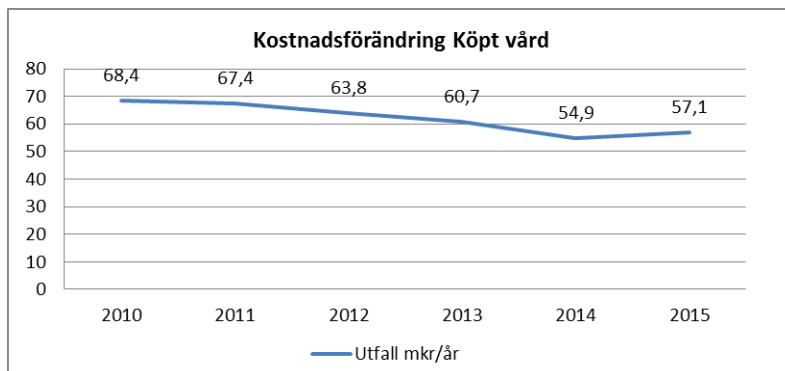
OB-kostnaden har ökat till följd av nytt avtal i oktober 2014.

Kostnaden för övertid och mertid har minskat med 6 miljoner kronor vilket verksamheten har arbetat med som en del av åtgärderna för en ekonomi i balans. Minskningen motsvarar en kostnadssänkning med 12 procent.

För bemanningsföretag har kostnaden minskat med 3 miljoner kronor jämfört med 2014 och uppgår till 40,8 miljoner kronor för 2015. Orsaken till kostnaden är brist på främst specialistläkare och specialistsjuksköterskor i verksamheten. De verksamheter som haft högst kostnader för bemanningsföretag 2015 är vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Minskning av bemanningsföretag har skett inom främst barn- och kvinnosjukvården samt inom operationsverksamheten.

Köpt vård

Kostnaderna för köpt vård (garanti- valfrihet-, högspecialiserad vård) uppgår till 57,1 miljoner kronor för perioden vilket är 4 procent högre än 2014. Budgetavvikelsen uppgick till – 20 miljoner kronor. Kostnadsförändring sedan 2010 har visat en positiv trend även om 2015 innebär en kostnadsökning jämfört med 2014.



SkaS har under 2015 haft sämre tillgänglighet till första besök och behandling än tidigare år. En försämrad tillgänglighet har medfört att fler patienter valt att åka till andra vårdgivare via valfriheten, då det inte funnits avtal att avropa inom vårdgaranti. Den nya patientlagen ger patienter större möjlighet att söka vård hos andra vårdgivare. Detta har till viss del påverkat kostnaden för valfriheten.

Köpt vård tkr	2014	2015	Förändring
Garantivård	20 000	11 000	-9 000
Valfrihetsvård	15 600	19 100	3 500
Högspec	19 200	27 000	7 800
Summa	54 800	57 100	2 300

Kostnaden för garantivård har minskat med 9 miljoner kronor. En bidragande orsak är att det funnits färre avtal att skicka patienter på inom vårdgarantin. Dels löpte ett regiongemensamt avtal för övrig ortopedi ut inför 2015 och dels har andra landstings avtal upphört med leverantörer dit SkaS tidigare kunnat skicka vårdgarantipatienter. Patienter har då i stället åkt via valfriheten till andra vårdgivare än SkaS. Kostnaden för valfrihet har ökat med 3,5 miljoner kronor jämfört med 2014.

Kostnaden för garantivård balanseras av en intäkt på 11 miljoner kronor via regionala medel avsatta för tillgänglighetsinsatser. Ersättningen täcker kostnader för köp av ögonbehandlingar, ryggoperationer och höft- och knäledsplastiker.

Kostnaden för högspecialiserad och specialiserad vård har ökat med 7,8 mkr. Analys visar att förändringen är inom normalvariationen, även om kostnadsökningen uppgår till 41 procent för specialiserad vård.

Övriga kostnader:**Köp av laboratorietjänster**

Kostnadsökningen för köp av laboratorieanalyser har varit hög under året och uppgår till 8 procent jämfört med föregående år vilket motsvarar 9 miljoner kronor. Budgetavvikelsen för 2015 är -19 miljoner kronor.

Kostnadsökningen avser främst köp från Unilab AB, vilken utgör den största leverantören av laboratorieanalyser till SkaS, men även kostnaderna för köp av analyser från SU har ökat. Det är främst köp från Kemlab, Mikrolab och Blodcentralen som ökat. Ökningen förklaras till största delen av en volymökning av antal köpta analyser vilket har flera olika orsaker, t ex fler onkologipatienter, ändrade provtagningsrutiner inför nybesök för knä- och höftartroser, utökad läkarbemanning inom vissa specialiteter vilket har lett till ökad öppenvårdsproduktion och ökat antal provtagningar (just nu högt antal behandlade hematologpatienter, ökning även av patientflöden på hudmottagning), standardiserat arbetssätt på akutmottagningen i Lidköping när det gäller labprover, mer provtagning inför start av hepatitbehandling, ökning av antal tuberkulospatienter och att övertag från SU av njurtransplanterade patienter sker tidigare i vårdprocessen.

Läkemedel

Kostnadsökningen för läkemedel är 13,2 procent för 2015 vilket motsvarar 53,7 miljoner kronor. Ökningen för rekvisitionsläkemedel är 13,4 procent och för receptläkemedel 13,1 procent. När hänsyn tas till erhållna intäkter är läkemedelsbudgeten i balans. Av den totala kostnadsökningen och budgetavvikelsen på – 38 miljoner kronor, finansieras 44 miljoner kronor av intäkter för ordnat införande, solidariska läkemedel och RÖS. Någon större effekt av patentutgångar har inte erhållits under året.

Rekvisitionsläkemedel, några kommentarer:

- Flera av de läkemedel som orsakar ökade kostnader är nya terapier som ersätts inom ramen för ordnat införande eller solidariska läkemedel.
- Ökningen av läkemedlet Remicade ligger i linje med nationella riktlinjer för vård av rörelseorganens sjukdomar. Biosimilar till Remicade finns tillgängligt sedan sommaren 2015 och är ca 18 procent billigare. Troligtvis kommer ingen kostnadsminskning ses under 2016 pga att endast en begränsad introduktion av biosimilaren vid nyinsättning tillåts.
- Flera verksamheter har ökade kostnader för immunglobuliner. Tidigare har SkaS haft en låg användning men nu ligger sjukhuset mer i nivå med andra jämförbara förvaltningar. Xolair är ett läkemedel där SkaS sticker ut. Sjukhuset har högre användning än övriga förvaltningar.
- Även när det gäller behandling mot makulaödem (ögon, åldersrelaterad/diabetesrelaterad) ökar kostnaden. SkaS har legat under genomsnittet varför en ökning är befogad.

Årsredovisning 2015

Receptförskrivning, några kommentarer:

- Kostnadsökningar för läkemedel mot tumörsjukdomar och hepatit C. Läkemedel för behandling av Hepatit C står för den enskilt största ökningen under 2015, totalt cirka 22 miljoner kronor.
- Flera nya läkemedel inom hematologin (blodcancer).
- Medicinverksamheten fortsätter att ha ökade kostnader för Tnf-hämmare. En liten kostnadsdämpande effekt kan erhållas fr o m våren 2016 då biosimilar till Enbrel blir tillgängligt.
- Läkemedel mot ADHD, strokeprofylax och MS fortsätter att öka.

Medicinskt material

Kostnaden för medicinskt material har ökat med 11 procent, 18 miljoner kronor. Kostnadsökningen för medicinskt material har varit hög de två senaste åren. Det är främst kostnadsökningar för dyrare medicinskt material på operation och IVC som ökar, både på grund av prisökningar men även till följd av volymökningar av materialkrävande ingrepp, till exempel laparoskopier samt ablationer. Under 2015 förklaras den höga kostnadsutvecklingen främst av att man inom diabetesvården börjat införa diabetessensorer, kostnaden för dessa uppgår till cirka 13 miljoner kronor 2015.

Hjälpmedel

Kostnaden för hjälpmedel har minskat med 14 procent under året. Kostnadssänkningen beror på de redovisningsmässiga förändringar som genomförts 2015 inom medicinska hjälpmedel (se nedan). Med hänsyn tagen till dessa förändringar är kostnadsnivån för hjälpmedel oförändrad 2015 jämfört med 2014.

För medicinska hjälpmedel har en förändring av kostnadsansvar för så kallad förtroendeförskrivning genomförts from 2015. Förändringen innebär att de medicinska hjälpmedel som Närhälsan förskriver inte längre budgeteras och kostnadsförs på SkaS. Förändringen genomfördes from 2015 och uppgår till ca 3,7 mnkr. Redovisningen av hjälpmedlet CPAP (andningsmask) har ändrats från kontogrupp hjälpmedel till medicinskt material i april 2015, vilket påverkat totalkostnaden för hjälpmedel som minskat med ca 2,7 mnkr under 2015.

Vid jämförelse med övriga sjukhus (NU, SÄS) har SkaS en hög kostnad för ortopedtekniska hjälpmedel och service. Analys visar att Skaraborgs Ortopedservice (SOSAB) har hög kvalitet, god tillgänglighet och höga volymer vilket genererar en hög kostnad. Nuvarande avtal gäller sedan 2013 och bedömdes vid avtalstecknandet ge en betydande kostnadsminskning jämfört med tidigare år. Kostnadsminskningen har uteblivit främst beroende på ökade volymer.

Kostnadsutveckling regionalt beslutade besparingar

I samband med detaljbudgeten för 2013 beslutade regionfullmäktige om kostnadssänkningar på externa kostnader för konsulter under åren 2013-2015. Målnivån för SkaS är att minska kostnadsnivån från 2012 med minst 1,9 miljoner kronor. För 2015 uppgår kostnaden till 3,4

Årsredovisning 2015

miljoner kronor, en minskning med 0,4 miljoner kronor under året och en total minskning sedan 2012 med 8 miljoner kronor. Målnivån uppnås således med god marginal.

Konto	Bokslut 2012	Bokslut 2013	Bokslut 2014	Bokslut 2015	Förändr 2014/2015	Förändr %
Konsulter (7551, 754x, motp 100)	11 324	7 525	3 838	3 445	-393	-10%

6.2 Eget kapital

SkaS har beviljats använda eget kapital med 12 miljoner kronor under 2015. I periodutfallet ingår kostnader motsvarande 12 miljoner kronor hänförliga till beslutet om användande av eget kapital och utgörs av kostnader för evakueringslokaler till följd av ombyggnationer och PCB-sanering.

6.3 Investeringar

Totalt uppgår utrustningsinvesteringarna till 65,8 miljoner kronor vilket är något under beslutad investeringsram för 2015. Investeringar sker i huvudsak med utgångspunkt från fastställda utbytesplaner och planerade lokalförändringar.

Under 2015 utgörs de flesta större investeringarna av återinvestering i medicinsk utrustning enligt utbytesplan. Större poster i utbytesplanen är röntgenutrustning 21 miljoner kronor, operations- och anestesikutrustning 4 miljoner kronor, endoskopiutrustning 3 miljoner kronor, övervakningsutrustning 2 miljoner kronor samt utrustning till barn- och kvinnocenter 3 miljoner kronor. Totalt uppgår investeringar i medicinsk utrustning till 50 miljoner kronor.

Andra större poster är inköp av icke medicinsk utrustning i samband med lokalförändringar på cirka 15 miljoner kronor, varav möbler är den största posten. Ickemedicinsk utrustning till barn- och kvinnocenter utgör den största posten 2015 och uppgår till 5 miljoner kronor.

SkaS står inför flera stora lokalinvesteringsprojekt. Exempel på projekt som genomförs är ny vårdbyggnad för barn- och kvinnocenter (BK-huset) i Skövde där förlossningsavdelningen färdigställts under året, fortsatt PCB-sanering av vårdavdelningar i Skövde, omflyttningar i samband med planerade ombyggnationer i mottagnings- och serviceblock.

6.4 Åtgärder vid ekonomisk obalans

Inför verksamhetsår 2015 förändrades det ekonomiska läget för SkaS och under hösten 2014 lämnades en redovisning av bedömd ekonomisk obalans 2015 på -150 miljoner kronor, vilken senare reviderades till -130 miljoner kronor utifrån förändringarna i tilläggsbudgeten.

Verksamhetens åtgärdsarbete för en ekonomi i balans har pågått sedan hösten 2014. Åtgärdsplanerna omfattar kostnadsreduceringar med en ekonomisk effekt på 48 miljoner kronor för 2015.

Varje verksamhetsområde har arbetat med egna åtgärdsplaner vilka består av ett flertal olika aktiviteter, som exempel kan nämnas:

Årsredovisning 2015

- Förändrade arbetssätt och förbättrad schemaläggning/planering leder till minskat bemanningsbehov och minskad övertid.
- Vakanshållning av tjänster.
- Revidering av arbetstidsmodeller, poängmodeller.
- Minskad kostnad för utbildning, kurser och konferenser.
- Minskade kostnader för rekrytering (annonsering).
- Bemanningföretag ersätts med anställd personal.
- Sammanslagning och/eller utökad samordning av verksamheter.
- Utökade regionala uppdrag där ledig kapacitet finns, till exempel koloskopier.
- Åtgärder för minskade läkemedelskostnader, i samarbete med apotekare.

Förutom verksamheternas åtgärdsplaner gäller en sjukhusgemensam anställningsrestriktion sedan hösten 2014 och det pågår kostnadsreducerande åtgärder på sjukhusövergripande nivå inom bland annat områdena laboratorieanalyser, läkemedel och hjälpmedel.

En sjukhusövergripande handlingsplan med åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och på sikt minska sjukfrånvaro och personalomsättning finns framtagen. Ett projekt med fokus på i första hand korttidsfrånvaron har startats upp i samverkan mellan HR, Hälsan & Arbetslivet och första linjens chefer. En översyn pågår av schemaläggning och bemanning i syfte att resursåtgången och skapa ökad kontinuitet för medarbetare och patienter, vilket bidrar till en förbättrad arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

Under året har ett arbete bedrivits tillsammans med konsult för att genomlysna bemanningen på vårdavdelning. Resultatet har påvisat stora olikheter i bemanningsbehov men även i sättet att bemanna, både avseende resursåtgång och kompetensmix. Ett fortsatt arbete är därför initierat som ska omfatta samtliga slutenvårdsavdelningar vid sjukhuset och som ska stötta och utveckla cheferna i bemanningsfrågor.

En vårdplatsutredning har genomförts under hösten som visat på behov av samordning och omfördelning av befintliga vårdplatser. Detta arbete fortsätter under 2016. En översyn för optimering av ambulansorganisationens resurser pågår och ska redovisas i januari 2016.

Under året har elva fokusgrupper startats upp för att skapa fokus, delaktighet, aktivitet och utveckling kring sjukhusövergripande och strategiskt viktiga framtidsområden. Arbetet fokuserar på långsiktiga lösningar och helhetssyn på hela vårdkedjan (se avsnitt 3 Regionfullmäktiges uppdrag).

Årsredovisning 2015

7. Bokslutsdokument och noter

	Not	Utfall 1512	Utfall 1412
Resultaträkning			
Vedskarnhetens intäkter	1	3 944 206	3 767 312
Vedskarnhetens kostnader	2	-3 932 420	-3 751 645
Avskrivningar och nedskrivningar		-70 392	-67 937
Verksamhetens nettoresultat		-58 606	-52 270
Finansnetto		-4 787	-5 661
Årets resultat		-63 393	-55 931

	Not	Utfall 1512	Utfall 1412
Balansräkning			
Ansälgsgenutläggningar			
- maskiner och inventarer	3	273 422	278 190
- pågående investeringar		216	0
Summa ansälgsgenutläggningar		273 638	278 190
Omsättningsutläggningar			
Förvärd		21 161	18 530
Kortfristiga fordringar	4	69 764	123 432
Kortfristiga placeringar		0	0
Likvida medel		283 708	192 623
Summa omsättningsutläggningar		376 633	334 585
Summa utläggningar		650 271	612 775
Eget kapital			
Eget kapital		80	56 012
Bokslutsdispositioner		55 930	0
Årets resultat		-63 393	-55 931
Summa eget kapital		-7 383	79
Skulder			
Långfristiga skulder		140 333	187 259
Kortfristiga skulder	5	517 321	425 437
Summa skulder		657 654	612 696
Summa eget kapital, ansälgsgenutläggningar och skulder		650 271	612 775

	Not	Utfall 1512	Utfall 1412
Kassaflödesanalys			
Löpande verksamhet			
Årets resultat		-63 393	-55 931
Avskrivningar		70 392	67 937
Utrangeringar/nedskrivningar		9	69
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital		7 008	12 075
Förändring av rörelsekapital			
Ökning/minskning av förvärd		-2 631	-399
Ökning/minskning av kortfristiga fordringar		33 668	6 654
Ökning/minskning av kortfristiga skulder		91 384	39 649
Kassaflöde från löpande verksamhet		149 929	57 479
Förändring av eget kapital		1	-2
Investeringsverksamhet			
Investeringar		-65 850	-68 796
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-65 850	-68 796
Finansieringsverksamhet			
Ökning/minskning av långfristiga skulder		-46 926	-5 958
Erhållna/återbetalade bokslutsdispositioner		55 930	0
Kassaflöde från finansieringsverksamheten		9 004	-5 958
ÅRETS KASSAFLÖDE		93 084	-17 277
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		192 623	209 899
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		285 708	192 623
Kontroll av årets kassaflöde		93 085	-17 276

Årsredovisning 2015

Noter, tkr

1. Verksamhetens intäkter	1512	1412
Patientavgifter med mera	69 109	69 105
Såld vård internt	3 507 763	3 324 411
Såld vård externt	40 889	34 913
Försäljning material, varor och tjänster, internt	52 005	51 924
Försäljning material, varor och tjänster, externt	13 474	14 407
Hysesintäkter	163	100
Specialdestinerade statsbidrag	1 749	11 141
Övriga bidrag, internt	140 287	159 493
Övriga bidrag, externt	4 167	4 730
Övriga intäkter, internt	84 872	74 361
Övriga intäkter, externt	29 728	22 727
Totalt	3 944 206	3 767 312

2. Verksamhetens kostnader	1512	1412
Personalkostnader	2 371 725	2 281 001
Bemanningsföretag	40 785	43 816
Köpt vård internt	123	-158
Köpt vård externt	56 991	55 019
Läkemedel	460 300	406 613
Lämnade bidrag, internt	6 418	0
Lämnade bidrag, externt	283	18
Lokalkostnader, internt	239 976	232 771
Lokalkostnader, externt	25 374	28 072
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	83 518	23 008
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	142 534	131 743
Material och varor, internt	109 647	121 799
Material och varor, externt	230 054	225 335
Övriga tjänster, internt	101 015	135 486
Övriga tjänster, externt	14 403	15 324
Övriga kostnader, internt	28 653	24 363
Övriga kostnader, externt	20 621	27 435
Totalt	3 932 420	3 751 645

3. Maskiner och inventarier	1512	1412
Ackumulerade anskaffningsvärden		
Vid årets början	1 428 544	1 359 917
Nyanskaffningar	65 633	68 918
Försäljningar/utrangeringar	-134	-291
Korrigerig anskaffningsvärde	-80 184	0
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	1 413 859	1 428 544

Ackumulerade avskrivningar		
Vid årets början	1 150 351	1 082 636
Årets avskrivning och nedskrivning	70 392	67 938
Försäljningar/utrangeringar	-125	-223
Korrigerig avskrivningar och nedskrivningar	-80 181	0
Utgående ackumulerade avskrivningar	1 140 437	1 150 351
Utgående restvärde	273 422	278 193

4. Kortfristiga fordringar	1512	1412
Kundfordringar, internt	1 502	1 737
Kundfordringar, externt	14 974	17 596
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt	19 329	63 907
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt	4 261	4 247
Övriga fordringar, internt	-1	-1
Övriga fordringar, externt	29 699	35 946
Totalt	69 764	123 432

5. Kortfristiga skulder	1512	1412
Leverantörsskulder, internt	85 277	24 252
Leverantörsskulder, externt	87 022	75 545
Semesterskuld	125 667	120 793
Löner, jour, beredskap, övertid	58 917	54 576
Arbetsgivaravgifter, källskatt, F-skatt	80 083	75 885
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt	1 880	510
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt	34 631	32 840
Övriga kortfristiga skulder, internt	31 925	25 056
Övriga kortfristiga skulder, externt	11 919	15 980
Totalt	517 321	425 437

Beslutsärende 2

Nytt reglemente för styrelsen

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-20

Diarienummer SkaS 1-2015

Administrativa enheten

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Nytt reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen om nytt reglemente.

Sammanfattning av ärendet

Regionfullmäktige fastställde den 24 november 2015 nya reglementen för samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen, däribland styrelsen för Skaraborgs Sjukhus. Det nya reglementet gäller från och med 1 januari 2016.

Reglementet består av tre delar. Först en allmän beskrivning av verksamhetens styrning och ledning, som ska ses som en läsanvisning. Därefter följer själva reglementet som består av en specifik del (A-delen) som beskriver styrelsen uppgifter och därefter en generell del (B-delen) som innehåller bestämmelser som gäller för samtliga nämnder och styrelser.

Förändringar i förhållande till det gamla reglementet

I jämförelse med det gamla reglementet kan följande förändringar noteras:

- Det nya reglementet reglerar hur strukturella förändringar i utbudspunkter ska hanteras (del A 4 §).
- Styrelsens sammansättning och mandattid anges inte i det nya reglementet, istället hänvisas till regionfullmäktiges beslut i frågan (del B 15 § och 17 §).
- Ordförandens uppgifter har preciserats (del B 9-11 § samt 16 §).
- För varje mandatperiod ska styrelsen fastställa en instruktion till förvaltningschefen (del A 7 §).
- Enligt det gamla reglementet undertecknades styrelsens handlingar av ordföranden och kontrasignerades av styrelsens sekreterare. Enligt det nya reglementet kontrasigneras handlingar av förvaltningschefen (del B 24 §).
- Det formella kravet att styrelsen ska anta en arbetsordning med kompletterande bestämmelser om styrelsens egna arbetsformer har tagits bort. Det nya reglementet är istället mer detaljerat när det gäller formerna för styrelsens arbete.

Skaraborgs Sjukhus

Lars Johansson
Sjukhusdirektör

Madelén Schöldberg
Administrativ chef

Bilaga

1. Reglemente för styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, antaget av regionfullmäktige den 24 november 2015, § 204.

Reglemente

Diarienummer RS 691-2012
Justerad 2015-10-05

Västra Götalandsregionen

Antaget av regionfullmäktige
den 24 november 2015, § 204

Reglemente för styrelsen för Skaraborgs sjukhus

Dokumentet består av tre delar. Först en allmän översiktlig beskrivning av verksamhetens styrning och ledning. Därefter följer själva reglementet som består av en specifik del (A-delen) som beskriver nämndens/styrelsens uppgifter och en generell del (B-delen) som innehåller bestämmelser som gäller för samtliga nämnder och styrelser.

Hälso- och sjukvårdens ledning och styrning

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård och tandvård styrs av nämnder och styrelser. Ansvaret fördelas enligt de reglementen och ägardirektiv som regionfullmäktige fastställt.

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

Regionstyrelsen utövar ägarskap för Västra Götalandsregionens utförare. Det innebär att regionstyrelsen har ett övergripande samordningsansvar utifrån ett helhetsperspektiv och för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och effektivt. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen är Västra Götalandsregionens ledande hälso- och sjukvårdspolitiska organ. Styrelsen är systemägare för den samlade regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården. Systemägarskapet innebär ett ur befolkningsperspektiv övergripande ansvar för invånarnas tillgång till vård samt för sjukvårdens innehåll, kvalitet och tillgänglighet. Systemägarskapet innebär också att bevaka och initiera långsiktiga utvecklings- och inriktningsfrågor samt strategier för den regionfinansierade hälso- och sjukvården och tandvården.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna har ett befolkningsansvar inom det egna geografiska området. De har ansvar som beställare, upprättar vårdöverenskommelser och genomför upphandlingar av vård. Nämnderna följer upp synpunkter som framkommer i dialogen med invånarna och genom patientnämnden, för det egna områdets befolkning. Nämndernas arbete sker enligt de mål och anvisningar som anges av regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Patientnämnderna ska stödja och hjälpa enskilda patienter som framfört synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvården. Utifrån de synpunkter och klagomål som framförts ska patientnämnderna sammanställa och återföra kunskap till utförarverksamheter, hälso- och sjukvårdsnämnderna och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Regionfullmäktige utser styrelser för drift, förvaltning och utveckling av verksamheten inom angivna ansvarsområden. Styrelsernas arbete sker enligt de mål och anvisningar som anges av regionfullmäktige, regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen samt utifrån vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Reglemente

A. Styrelsen för Skaraborgs sjukhus uppgifter

1 § Styrelsen ska inom sitt verksamhetsområde

- a) följa vad som anges i lag eller annan författning
- b) följa det fullmäktige i reglemente, i samband med budget eller i annat särskilt beslut har bestämt att styrelsen ska fullgöra
- c) verka för att fastställda mål uppnås och i övrigt följa givna uppdrag och angivna riktlinjer.

2 § Styrelsen ska bedriva vård vid Skaraborgs sjukhus. Styrelsen ska bedriva vård enligt vårdöverenskommelser med hälso- och sjukvårdsnämnderna och enligt uppdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen och regionstyrelsen.

3 § Styrelsen svarar för drift, förvaltning och utveckling av verksamheterna inom Skaraborgs sjukhus. Styrelsen ska verka för samordning och utveckling i samverkan med övriga sjukhus och andra utförare av vårdtjänster inom sitt ansvarsområde. I styrelsens uppgifter ingår att

- a) bedriva verksamheten effektivt och ändamålsenligt samt utveckla och följa upp verksamheten enligt regionfullmäktiges beslut samt regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens anvisningar
- b) ansvara för att vården bedrivs med professionell kompetens och säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten
- c) beakta patientnämndernas systematiska återkoppling av synpunkter på verksamheten
- d) följa utvecklingen inom sitt område och ta initiativ rörande långsiktiga utvecklings- och strategifrågor
- e) samråda med övriga utförarstyrelser samt med regionstyrelsen för att utveckla, upprätthålla och samordna vårdproduktionen i egen regi. Styrelsen ska särskilt beakta de områden där det finns särskilda skäl för en regiongemensam produktions- och kapacitetsplanering.
- f) bereda och besluta i investeringsfrågor enligt den investeringsmodell som Västra Götalandsregionen fastställt. Samråd ska ske med berörd hälso- och sjukvårdsnämnd i ärenden som påverkar verksamhetens inriktning, omfattning eller finansiering.

- g) svara för bemannings- och personalförsörjningsfrågor för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt. Samråd ska ske med regionstyrelsen och övriga styrelser inom hälso- och sjukvård i syfte att trygga en långsiktig personalförsörjning.
- h) svara för att utbildning i legitimationsyrken är integrerad i verksamheten
- i) bedriva utbildnings- och forskningsverksamhet inom ramen för styrelsens driftsansvar
- j) samverka med Sahlgrenska International Care AB vid vårdrelaterad tjänsteexport
- k) nyttja det utbud av fastighets-, service-, IS/IT-, inköps- och företagshälsovårdstjänster som tillhandahålls internt av regionens styrelser och nämnder
- l) följa de beslut som regionstyrelsen fattar i sin roll att samordna och ha uppsikt över Västra Götalandsregionens verksamheter.

4 § Strukturella förändringar av innehåll och utbudspunkter utgår från regionövergripande beslut när det gäller vårdens innehåll och utveckling.

Ändringar av utbudspunkter regleras normalt i vårdöverenskommelserna. En utförarstyrelse kan göra andra ändringar av utbudspunkter i samråd med berörd hälso- och sjukvårdsnämnd. Om oenighet uppstår, och om förändringen är av principiell betydelse eller innebär en väsentlig förändring av verksamhetens innehåll eller lokalisering, ska frågan hänskjutas till regionstyrelsen.

5 § Styrelsen kan, efter samråd med primärvårdsstyrelsen och medgivande av regionstyrelsen, ansöka om att bedriva rehabverksamhet inom valfrihetssystemet på utpekade närsjukvårdscentrum inom styrelsens ansvarsområde.

Organisation inom verksamhetsområdet

6 § Styrelsen ansvarar för att dess ledningssystem och organisation är tydlig och ändamålsenlig med hänsyn till fullmäktiges mål och styrmodell samt lagar och andra författningar för verksamheten.

Personalansvar

7 § Styrelsen är anställningsmyndighet för personal vid sin förvaltning med undantag för förvaltningschef som anställs av regionstyrelsen. Styrelsen har hand om personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sitt verksamhetsområde med undantag av de frågor som ankommer på regionstyrelsen. Styrelsen fastställer varje mandatperiod instruktion till förvaltningschef.

B. Gemensamma bestämmelser för samtliga nämnder, styrelser och kommittéer

Uppföljning, återredovisning och rapportering till fullmäktige

1 § Styrelsen ska följa upp sin verksamhet kontinuerligt och säkerställa att den får tillräcklig information för att kunna ta sitt ansvar för verksamheten.

Styrelsen ska rapportera till regionfullmäktige enligt regionstyrelsens anvisningar.

Styrelsen ska också fullgöra rapporteringsskyldighet enligt speciallag.

Företräderskap

2 § När styrelsen ingått avtal med extern part ska styrelsen företräda Västra Götalandsregionen i de frågor som följer av avtalet. Vid tvist av större vikt ska samråd ske med regionstyrelsen.

Personuppgifter

3 § Styrelsen är personuppgiftsansvarig för de register och andra behandlingar av personuppgifter som sker i styrelsens verksamhet.

Säkerhet

4 § Styrelsen ansvarar för säkerheten inom sin verksamhet.

Intern styrning och kontroll

5 § Styrelsen ska fastställa och följa upp årlig plan för intern styrning och kontroll.

Avskrivning av fordringar

6 § Styrelsen har rätt att avskriva fordringar inom sitt förvaltningsområde.

Tillgänglighet

7 § Styrelsen ska inom sitt verksamhetsområde beakta behov av åtgärder för att öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning.

Arbetsformer

Tidpunkt för ordinarie sammanträde

8 § Styrelsen bestämmer dag och tid för sina ordinarie sammanträden.

Extra sammanträde

9 § Styrelsen ska också sammanträda om minst en tredjedel av ledamöterna begär det eller om ordföranden anser att det behövs. Ledamöter som vill ha ett extra sammanträde ska lämna en skriftlig begäran till ordföranden med uppgift om ärende som ska behandlas. Ordföranden ska, om det är möjligt, samråda med vice ordförandena om tiden för extra sammanträde.

Inställt eller ändrad tid för sammanträde

10 § Om det finns särskilda skäl får ordföranden ställa in ett sammanträde eller ändra dagen eller tiden för sammanträdet. Om det är möjligt ska det ske efter samråd med vice ordförandena. Ordföranden ska se till att varje ledamot och ersättare snarast får besked om ändringen.

Kallelse och handlingar

11 § Ordföranden ansvarar för att det finns en skriftlig kallelse till sammanträdet med uppgift om tid, plats och de ärenden som ska behandlas. Kallelse ska lämnas till varje ledamot och ersättare i god tid före sammanträdet.

Ordföranden bestämmer i vilken utsträckning handlingar som tillhör ett ärende på föredragningslistan ska bifogas.

När varken ordföranden eller vice ordföranden kan kalla till sammanträde ska den

som varit ledamot i styrelsen längst tid göra detta (ålderspresidenten). Om flera ledamöter har lika lång tjänstgöringstid ska den äldste ledamoten vara ålderspresident.

I undantagsfall får kallelse ske på annat sätt.

Offentliga sammanträden

12 § Styrelsen får besluta om offentliga sammanträden.

Sammanträde på distans

13 § Styrelsen får sammanträda med ledamöter närvarande på distans om det finns särskilda skäl. Vid sådana sammanträden måste ljud- och bildöverföring ske i realtid och så att samtliga deltagare kan se och höra varandra på lika villkor. Obehöriga ska inte kunna ta del av sammanträdeshandlingar, bild eller ljud.

Ledamot som vill delta på distans ska senast fem dagar i förväg anmäla detta till styrelsens kansli. Ordföranden avgör om närvaro får ske på distans.

Styrelsen får bestämma vad som närmare ska gälla vid deltagande på distans.

Närvarorätt

14 § Regionstyrelsens ledamöter har rätt att närvara vid styrelsens sammanträden och delta i överläggningarna.

Politiska sekreterare har rätt att närvara efter beslut i styrelsen. Utöver detta får styrelsen bestämma att annan får närvara vid sammanträde. Om styrelsen beslutar det får den som närvarar delta i överläggningarna.

Förtroendevalda och andra som medgetts närvarorätt enligt denna paragraf får inte delta i besluten.

Sammansättning

15 § Styrelsen har det antal ledamöter och ersättare som fullmäktige beslutat.

Ordföranden

16 § Ordföranden ska

- a. leda styrelsens arbete och sammanträden
- b. kalla till sammanträde i enlighet med lag och reglemente
- c. kalla ersättare
- d. inför sammanträdena se till att ärendena som ska behandlas i styrelsen vid behov har beretts
- e. se till att färdigberedda ärenden snarast behandlas i styrelsen
- f. bevaka att styrelsens beslut verkställs
- g. ta de initiativ som behövs för att styrelsen ska kunna fullgöra sina uppgifter.

Presidium

17 § Styrelsens presidium ska bestå av ordförande och det antal vice ordförande som fullmäktige har beslutat.

Vice ordförandena ska biträda ordföranden i uppgiften att planera och leda sammanträdet i den mån ordföranden anser att det behövs.

Ersättare för ordföranden och vice ordförandena

18 § Om varken ordföranden eller annan i presidiet kan delta i ett helt sammanträde eller en del av ett sammanträde, får styrelsen utse en annan ledamot som ersättare. Tills valet förrättats, tar den som varit ledamot i styrelsen längst tid ansvar för att ordförandens uppgifter genomförs. Om flera ledamöter har lika lång tjänstgöringstid utses den äldste av dem.

Om ordföranden är förhindrad att fullgöra sitt uppdrag under en längre tid får styrelsen utse en annan ledamot, som ansvarar för ordförandens uppgifter under samma tid. Detsamma gäller om någon annan i presidiet är förhindrad att fullgöra sitt uppdrag under en längre tid. Ersättaren kan medges fast arvodesersättning på motsvarande nivå.

Förhinder

19 § En ledamot som är förhindrad att delta i ett sammanträde eller i en del av ett sammanträde, ska snarast anmäla detta till ordföranden. Ordföranden ska underrätta den ersättare som står i tur om att denne ska tjänstgöra.

Ersättares tjänstgöring

20 § Om en ledamot inte kan delta under hela eller delar av ett sammanträde ska en ersättare tjänstgöra i ledamotens ställe. Den ersättare ska kallas in som står i tur att tjänstgöra och som inte redan har kallats in. Ersättarna ska tjänstgöra enligt den ordning som fullmäktige har bestämt, om de inte valts proportionellt. Om ingen ordning är bestämd, kallas ersättare i den ordning de tagits upp i fullmäktiges protokoll från valet.

En ledamot som inställer sig under ett pågående sammanträde har rätt att tjänstgöra även om en ersättare trätt i ledamotens ställe.

En ersättare som börjat tjänstgöra har alltid företräde till tjänstgöring framför annan ersättare.

Ersättare som inte tjänstgör har rätt att delta i överläggningarna och få sin mening antecknad till protokollet.

Avbruten tjänstgöring

21 § En ledamot eller en ersättare som avbrutit sin tjänstgöring på grund av jäv i ett ärende får tjänstgöra igen sedan ärendet handlagts.

Ledamot som en gång avbrutit tjänstgöringen under ett sammanträde på grund av annat hinder än jäv, får inte åter tjänstgöra vid sammanträdet.

Reservation

22 § Om en ledamot har reserverat sig mot ett beslut och vill motivera reservationen ska ledamoten göra det skriftligt. Motiveringen ska lämnas till sekreteraren före den tidpunkt som har fastställts för justeringen av protokollet. Motsvarande gäller vid omedelbar justering.

Justering av protokoll

23 § Protokollet justeras av ordföranden och en ledamot. Styrelsen kan besluta att en paragraf i protokollet ska justeras omedelbart. Paragrafen ska redovisas skriftligt vid sammanträdet och justeras av ordföranden och en ledamot.

Delgivningsmottagare

24 § Delgivning med styrelsen sker med ordföranden, förvaltningschefen eller annan anställd som styrelsen beslutar.

Delegeringsbeslut

25 § Styrelsen ska varje år ta ställning till delegering av beslutanderätt. Styrelsen kan löpande justera beslutad delegeringsordning.

Delegeringsbeslut fattas i styrelsens namn. Beslut enligt delegering ska anmälas i styrelsen i den ordning som styrelsen beslutar.

Undertecknande av handlingar

26 § Skrivelser, avtal och andra handlingar från styrelsen ska på styrelsens vägnar undertecknas av ordföranden och kontrasigneras av förvaltningschefen, om inte styrelsen bestämmer annat. När ordföranden är förhindrad inträder vice ordföranden och när vice ordföranden är förhindrad utser styrelsen en annan ledamot.

Styrelsen får även uppdra åt förtroendevald eller tjänsteman att underteckna handlingar på styrelsens vägnar och enligt styrelsens direktiv.

Beslut som fattas med stöd av delegering samt tillhörande handlingar undertecknas av den som fattat beslutet och, i förekommande fall av den som utsetts att kontrasignera.

Beslutsärende 3

Beslut om ny firmatecknare.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-15

Diarienummer SkaS 80-2015

Administrativa enheten

Handläggare: Christel Karlsson

Telefon: 0500-431124

E-post: christel.karlsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Firmatecknare för Skaraborgs Sjukhus 2016

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus utser från och med 1 februari 2016 sjukhusdirektör Jörgen Thorn till firmatecknare och stf sjukhusdirektör Eva Sundström och ekonomichef Åsa Ranbro Jansson till ersättande firmatecknare; dessa personer tecknar firma var för sig.

Sammanfattning av ärendet

I styrelsens instruktion till sjukhusdirektören anges att sjukhusdirektören är firmatecknare. Vissa institutioner kräver av förvaltningen att den dessutom på personnivå årligen ska precisera vem som fullgör uppdraget. Detta behövs främst av ekonomiadministrativa skäl.

För Skaraborgs Sjukhus föreslås följande personer fullgöra uppdraget att vara firmatecknare var för sig:

- sjukhusdirektör Jörgen Thorn, 650512-5176
- stf sjukhusdirektör Eva Sundström, 511127-5987, ersättande firmatecknare
- ekonomichef Åsa Ranbro Jansson, 691110-4088, ersättande firmatecknare

Madelén Schöldberg
administrativ chef

Åsa Ranbro Jansson
ekonomichef

Beslutsärende 4

Verksamhetsanpassad bemanning - revisionsrapport

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-20

Diarienummer SkaS 20-2015

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Eva Sundström

Telefon: 070 240 1713

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Verksamhetsanpassad bemanning - revisionsrapport

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ser positivt på den genomförda granskningen och delar slutsatserna i rapporten om att schemaläggningen bör åtgärdas.
2. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ger sjukhusdirektören i uppdrag att genomföra de åtgärder som beskrivs i revisionsrapporten kring styrning och uppföljning samt stöd till chefer kring förändring läkares schemaläggning.
3. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus ger sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram en handlingsplan kring förändring av schemaläggning av läkare och i detta arbete inhämta synpunkter från andra berörda förvaltningar kring frågan.
4. Uppföljning av uppdragen sker vid styrelsemötet i oktober 2016.

Sammanfattning av ärendet

De förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) har lämnat ett uppdrag till EY med frågeställningen om styrelsen säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen. Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare och syftar till att granska den övergripande styrningen inom området. I rapporten framkommer att sjukhusledningarna ser en potential i angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsaker till att detta inte är genomfört förklaras med bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning.

Enligt bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Detta eftersom planering av läkare och annan vårdpersonal är centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Granskningen visar att i nuvarande viljeinriktning har HR-organisationerna inom koncernkansliet och vid sjukhusen en central roll i genomförandet, men bedöms i rapporten inte ge tillräckligt med genomförandekraft. Arbetet bör enligt revisionens bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Handlingsplan för schemaläggning av läkare

Inom Skaraborgs Sjukhus finns uppdrag inom fokusgrupperna för produktions och kapacitetsplanering, kompetensförsörjning, samling kring vården och personcentrerad vård som angränsar till frågan om schemaläggning av personal. Dessa grupper får tillsammans uppdrag att ta fram detaljerad handlingsplan för att säkra styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. Ansvarig utses inom fokusgruppen för produktions och kapacitetsplanering.

Den detaljerade handlingsplanen med tidsättning av de olika aktiviteterna ska genomföras och rapporteras löpande och en delrapportering av effekterna lämnas till styrelsen i oktober.

Beslutet skickas till

- Revisionsenheten

Datum 2015-11-18
Diarienummer Rev 29-2015

Regionstyrelsen
Styrelsen för Sahlgrenska
Universitetssjukhuset
Styrelsen för NU-sjukvården
Styrelsen för Skaraborgs sjukhus
Styrelsen för Kungälv sjukhus och Frölunda
specialistsjukhus

Granskning av verksamhetsanpassad bemanning - läkares schemaläggning

På uppdrag av revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen har EY genomfört en granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning.

Granskningens huvudsakliga syfte har varit att granska hur regionstyrelsen och utvalda sjukhusstyrelser säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen.

Framtagen revisionsrapport har behandlats av revisorskollegiet den 18 november 2015.

Nedan framgår de rekommendationer som granskningen resulterat i:

- Regionstyrelsen bör tillse att det tydliggörs hur viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning ska implementeras inom sjukhusens verksamheter.
- Regionstyrelsen bör överväga att tydligare koppla uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning samt viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning till regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering.
- Regionstyrelsen bör tillse att verksamhetens behov av statistik och underlag om läkares arbetstider beaktas vid utveckling av personal- och lönesystem
- Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemaläggning.
- Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs.

Revisorskollegiet vill betona att granskningen visar att styrningen och uppföljningen av läkares schemaläggning inom VGR hittills har varit mycket svag, såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen och att det ska ställas mot kraven på styrelser och nämnders ledning och styrning i KL 6 kap 1-3§ respektive 7§. Anledningar som lyfts i rapporten till detta är bland annat brist på genomförandekraft, mod och kultur.

Datum 2015-11-18

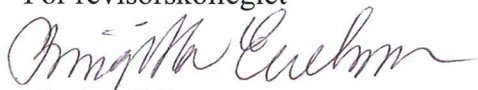
Diarienummer Rev 29-2015

Revisorskollegiet vill därför särskilt trycka på rapportens bedömningar och rekommendation avseende koppling av frågan om läkarnas schemaläggning och

regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering och det därmed näraliggande initiativet värdebaserad vård.

Vi emotser handlingsplaner från respektive berörd styrelse med konkreta åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i rapporten senast den 28 februari 2016, då de kommer att ha betydelse för ansvarsprövningen för verksamhetsåret 2015.

För revisorskollegiet



Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande

Kopia till:

Regionfullmäktiges presidium
Samtliga politiska sekreterare
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör
Ann Söderström, koncernstab hälso- och sjukvård
Marina Olsson, koncernstab HR
Eva Arrdal, koncernstab utförarstyrning och samordning
Joakim Björk, koncernstab ekonomi
Johan Flarup, koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning
Rolf Ottosson, koncernavdelning verksamhetsuppföljning
Elisabeth Ericson, styrelse- och nämndsekretariat
Barbro Friden, sjukhusdirektör
Thomas Wallén, sjukhusdirektör
Lars Viklund, sjukhusdirektör
Ann Stokland, sjukhusdirektör

Verksamhetsanpassad bemanning

Dnr: Rev 29-2015

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 18 november 2015

Västra Götalandsregionen

Granskning av verksamhetsanpassad bemanning - läkares schemaläggning



Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte.....	3
2.3. Revisionsfrågor och frågeställningar	4
2.4. Ansvarig nämnd/styrelse	4
2.5. Revisionskriterier.....	4
2.6. Avgränsning	4
2.7. Metod.....	4
3. Utgångspunkter och centrala begrepp	5
3.1. Schemaläggning av läkare	5
3.2. Centrala begrepp i granskningen.....	6
4. Övergripande styrning av läkares schemaläggning	7
4.1. Regionfullmäktiges mål	7
4.2. Regionövergripande styrning.....	7
4.3. Styrning vid sjukhusen	10
4.4. Vår bedömning.....	13
5. Schemaläggning av läkare	15
5.1. Avtal för läkare inom VGR	15
5.2. Projekt och initiativ	16
5.3. Tillgång till statistik	18
5.4. Vår bedömning.....	19
6. Samlad bedömning	20
6.1. Svar på kartläggande frågeställningar	20
6.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	21
6.3. Slutsats	22
Bilaga 1: Granskningens kartläggande frågeställningar	25
Bilaga 2: Källförteckning	26
Bilaga 3: Revisionskriterier	29
Bilaga 4: Ersättningsnivåer lokala avtal för läkare i VGR.....	30

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) granskat hur regionstyrelsen samt styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs Sjukhus (SKAS), NU-sjukvården och Kungälv's sjukhus säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen. Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare och syftar till att granska den övergripande styrningen inom området.

Granskningen visar att både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsaker till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning.

Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning inom VGR har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Koncernledningen har under året tagit beslut om en gemensam viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning som bland annat syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti 2015 och har ännu inte genomförts vid sjukhusen inom VGR.

Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Detta eftersom planering av läkare och annan vårdpersonal är centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Enligt den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården måste schemaläggning utgå från en analys av behov och belastning. Den bör också göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. Granskningen visar att viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna inom koncernkansliet och vid sjukhusen får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen inte har en samlad bild av hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Styrelsen för SU, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och SKAS bör enligt vår bedömning stärka sin styrning och uppföljning inom området.

Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att det finns brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit. Utifrån dessa lämnas ett antal rekommendationer som framgår i avsnitt 6.3.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Revisionsenheten i VGR genomförde 2014 en förstudie av hur styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) inom ramen för sitt arbete med intern kontroll beaktat riskerna med schemaläggning på SÄS. Förstudien belyste bland annat vad som påverkar schemaläggningen av läkare. Av förstudien framkom att ett schemalägningsprojekt pågått inom centraloperationen på SÄS för att effektivisera verksamheten. Projektet hade haft positiva effekter för både ekonomi och medarbetare vilket enligt revisionen borde kunna gynna ett bredare införande på sjukhuset. Vid intervjuer framkom att tidigare projekt i regionen med motsvarande inriktning har varit svåra att införa på bred front. I förstudien lyfts att det bedöms finnas en potential för att öka effektiviteten genom att samordna scheman mellan läkare och övriga professioner.

Det är sedan flera år välkänt att det finns effektiviseringspotential när det gäller planering av arbetstider för olika vårdprofessioner – inte minst läkarnas arbetstider. Bland annat presenterade myndigheten Vårdanalys 2013 rapporten "Ur led är tiden". Rapporten är inriktad på hur läkarna använder sin tid och vilka svårigheter som finns. Ett senare exempel är boken "Den sjuka vården 2.0" från 2014, som lyfter motsvarande frågeställningar.

I VGR:s budget för 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande.

Utifrån ovanstående har revisorskollegiet bedömt att det finns anledning att granska hur såväl regionstyrelsen som utförarstyrelser ser på potential och problematik med införande av en mer verksamhetsanpassad bemanning. Detta utifrån styrelsernas ansvar att utföra de uppdrag som regionfullmäktige beslutat om. Revisorskollegiet vill också få en överblick över initiativ inom området de senaste åren och en belysning av orsaker till eventuella svårigheter att implementera förändringar, både ur ett regionalt och sjukhusspecifikt perspektiv.

Av God revisionssed i kommunal verksamhet framgår de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunden som är relevant i denna granskning bedöms främst vara risken för bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll.

2.2. Syfte

Syftet är att granska hur regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen.

Granskningen ska också kartlägga vilka analyser av och initiativ kring läkares schemaläggning och arbetstider regionen genomfört de senaste åren. Granskningen ska även kartlägga

vilka åtgärder regionstyrelsen och sjukhusstyrelser har vidtagit avseende läkares schemaläggning och arbetstider utifrån de erfarenheter och resultat som dessa analyser och initiativ påvisat. Detta avser såväl tidigare initiativ som uppdraget till regionstyrelsen i budget för 2015.

Granskningen ska därtill ge revisionen en klarare bild över hur regionens ledning ser på såväl potential i som problematik med en mer verksamhetsanpassad bemanning och vad detta konkret innebär.

2.3. Revisionsfrågor och frågeställningar

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

- ▶ Hur säkerställer regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen?
- ▶ Hur tydliggörs ansvaret för uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning och hur fördelas det mellan regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna?

Ytterligare frågor ska besvaras i granskningens kartläggande del. Dessa framgår av bilaga 1.

2.4. Ansvarig nämnd/styrelse

Granskningen avser regionstyrelsen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs Sjukhus (SKAS), NU-sjukvården (NU) och Kungälv's sjukhus (KS).

2.5. Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterierna i denna granskning framgår av bilaga 3.

2.6. Avgränsning

Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare. Granskningen syftar till att granska den övergripande styrningen inom området och granskar således inte hur schemaläggning av läkare går till vid varje verksamhet eller enhet inom sjukhusen. Revisionsfrågan om läkarbemanningen omfattar inte en granskning av kompetensförsörjning av läkare.

2.7. Metod

Granskningen har genomförts som en dokument- och intervjustudie. Kartläggningen av vilka projekt och initiativ som genomförts vid sjukhusen avgränsar sig till att vi efterfrågat vilka initiativ som skett under perioden 2010-2015 vid de sjukhusen. Inget av de berörda sjukhusen har dock en samlad bild av detta, eftersom många initiativ sker lokalt inom enskilda verksamheter och/eller enheter. Källförteckning framgår av bilaga 2. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Utgångspunkter och centrala begrepp

I detta kapitel beskrivs inledningsvis utgångspunkter avseende schemaläggning. Förslag avseende schemaläggning inom vården från den nationella samordnaren för effektivare hälso- och sjukvård beskrivs. Detta tillsammans med övriga revisionskriterier utgör utgångspunkt i våra bedömningar i rapporten. Avslutningsvis förklaras centrala begrepp i granskningen.

3.1. Schemaläggning av läkare

Myndigheten för vårdanalys påtalar att flera landsting under senaste åren uppmärksammat problemet med en ineffektiv bemanning. Flera landsting har påbörjat ett arbete med att se över och effektivisera planeringen av läkares och andra professioners arbetstider, ofta under namnet produktions- och kapacitetsplanering¹. Under det senaste decenniet har ett antal olika modeller använts för att bedriva utveckling av vårdens processer. Gemensamt för alla modeller är att patientens väg genom vården ska vara utgångspunkt för arbetet. I stället för att fokusera på organisering av resurser ska utgångspunkten vara patientens behov och vilka aktiviteter som behöver genomföras för att möta dessa behov. Vårdlogistikutveckling, processstyrning, produktionsplanering, produktionsstyrning, kapacitetsstyrning och lean är några av de vanliga begreppen som används i dessa sammanhang. Inom VGR bedrivs ett regionövergripande arbete för att införa produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvården².

Myndigheten för vårdanalys konstaterar i en utredning att det finns mycket som tyder på att det inte är lagstiftning och avtal som i första hand hämmar en effektiv produktionsplanering. Det finns stora möjligheter att styra läkarbemanningen inom befintliga ramar, men landstingen utnyttjar inte alltid dessa möjligheter.³

Under 2013 tillsatte regeringen en nationell samordnare (Göran Stiernstedt) för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Den nationella samordnaren ska göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Uppdraget ska slutredovisas i december 2015. I december 2014 avlämnade samordnaren en delrapport⁴. I delrapporten lämnas förslag inom ett antal områden, riktade både till staten och till landstingen. Ett av dessa förslag är att landstingen bör se till att bedriva ett genomgripande sammanhållet arbete med produktionsstyrning på klinik-, divisions-, sjukhus- och landstingsnivå. Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning och den bör göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. Av utredningen framgår att schemaläggning i vården i dag görs utifrån tillgänglig personal och att den i hög utsträckning främst är baserad på individuella önskemål. Planering av

¹ Ur led är tiden (rapport 2013:9), Myndigheten för Vårdanalys, s. 112.

² Regionstyrelsen har enligt budget 2015 i uppdrag att "fullfölja arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvården samt återkomma med lägesrapporter under året".

³ Ur led är tiden (rapport 2013:9), Myndigheten för Vårdanalys, s. 20.

⁴ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), Statens offentliga utredningar.

de olika professionerna tycks genomgående göras separat. Utredningen har sett få exempel på att en produktions- och kapacitetsplanering efterföljts av ett samlat arbete med schemaläggning. Det är enligt utredaren problematiskt eftersom vinsten av planering hämtas hem genom ett gediget arbete med bemanning.⁵

En väsentlig faktor för att framgångsrikt lägga scheman är att det finns personal att schemalägga. Utredaren hänvisar till Myndigheten för vårdanalys som menar att den normala arbetstiden för läkare tycks vara mellan klockan 07-17. För övrig tid gäller det så kallade jouravtalet. Reglerna om att schemalägga läkare fram till klockan 21 tycks utnyttjas av få landsting. En invändning mot systemet är att det skapar incitament för läkare att arbeta kvällar och helger i stället för dagtid. Det innebär att för stora delar av jourkompensation kan tas ut i ledighet vilket i sin tur hindrar en adekvat planering av läkare. Enligt utredarens bedömning är arbetstidssystemet inte i första hand en kostnadsfråga. Det finns däremot anledning att ifrågasätta hur det påverkar möjligheterna till en strukturerad planeringsprocess där bemanning utgår från patientens behov och det ges förutsättningar för kontinuitet för patienten. Frågan ska analyseras vidare i utredningen.⁶

3.2. Centrala begrepp i granskningen

Ordinarie arbetstid: Enligt specialbestämmelser i läkares kollektivavtal finns möjlighet att förlägga läkares arbetstider helgfri måndag till fredag mellan 07.00-21.00.

Jour- och beredskap: Med jour menas att läkaren finns till förfogande på arbetsplatsen och är beredd att omedelbart utföra aktivt arbete under ett jourpass. Beredskap innebär att en erfaren specialistläkare står till förfogande utanför arbetsplatsen att inom viss tid inställa sig för att utföra arbetsuppgifter samt finnas tillgänglig på telefon för rådgivning och bedömning av uppkomna situationer. Beredskap anges som begrepp i läkarnas avtal men benämns oftast som bakjour.

För jour- och beredskapstid utgår extra kompensation, som läkare kan ta ut i pengar eller tid.

Jour- och beredskapslinje: Jour- och beredskapslinje är organiseringen av jour och beredskap inom ett visst medicinskt område och kan se olika ut vid olika sjukhus och landsting.

Övertid: Övertid utgörs av arbetad tid utöver den fastställda ordinarie arbetstiden, enligt arbetstidslagens (ATL) regler. I normalfallet för läkare är detta 40 timmar/arbetsvecka. Enligt arbetstidslagen finns en gräns om 200 övertidstimmar per år.

ATL-tid: Med ATL-tid menas faktiskt arbetad tid under ett jour- och beredskapspass. ATL-tid ska registreras.

⁵ Ibid., s. 17.

⁶ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), Statens offentliga utredningar, s. 17-18.

4. Övergripande styrning av läkares schemaläggning

I detta kapitel beskrivs hur regionstyrelsen arbetat med regionfullmäktiges mål om att pröva förutsättningar för verksamhetsanpassad bemanning. Därtill beskrivs vilken regiongemensam styrning som finns av läkares schemaläggning samt hur de sjukhus som ingår i granskningen styr och följer upp schemaläggning av läkare. Kapitlet avslutats med vår bedömning.

4.1. Regionfullmäktiges mål

I VGR:s budget 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande. Uppdraget specificeras inte närmare.

4.2. Regionövergripande styrning

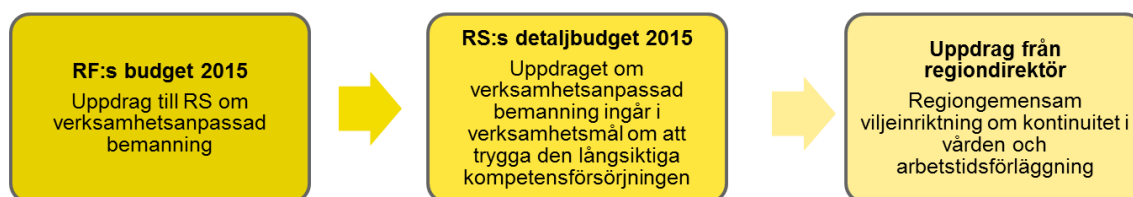


Bild: Regionstyrelsens hantering av uppdrag i budget 2015 om verksamhetsanpassad bemanning.

Regionfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning framgår av regionstyrelsens detaljbudget. I detaljbudgeten hänvisas detta uppdrag till beskrivningen under målet "Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen", som är beslutat av regionfullmäktige. Under detta mål beskrivs översiktligt hur förvaltningar inom regionen arbetar med kompetensförsörjningsplaner, att en kompetensförsörjningsstrategi har tagits fram för hälso- och sjukvården samt hur chefsförsörjningsaktiviteter ska utvecklas. Det finns inga specifika aktiviteter i detaljbudget som tydliggör regionfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Koncernkontoret har under 2015 initierat en så kallad viljeinriktning om arbetstidsförläggning av personal inom hälso- och sjukvården. Denna viljeinriktning ska bidra till att uppnå målsättningen om att trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen. Viljeinriktningen beskrivs närmare nedan.

Det finns sedan 2006 regiongemensamma riktlinjer för arbetstidsförläggning av läkare⁷. Riktlinjerna reglerar bland annat att läkares ordinarie arbetstid ska förläggas mellan 07-21 helgfri måndag till fredag, vilket innebär att jour inte ska förläggas under denna tid. Jourkompensation ska planeras utifrån verksamhetens behov och efter samråd med den anställda. Därtill finns sedan 2010 regiongemensamma riktlinjer för arbetstidsområdet. Av dessa framgår att

⁷ Riktlinjer för lokal översyn och förändring av jourorganisation och arbetstidsförläggning av läkare, 2006-05-12.

all övertid ska registreras i personal- och lönesystemet Heroma samt att fortlöpande uppföljning ska ske av medarbetares övertids- och merarbete.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör påtalar att koncernledningen ser ett behov av en ökad styrning och uppföljning inom regionen avseende schemaläggning av läkare. Intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör påtalar att kulturen är en del av problemet, där scheman läggs efter anställdas behov och inte efter verksamhetens. Om alla professioner schemaläggs var för sig så utgår inte verksamheten från patienten, vilket bör vara utgångspunkten vid planering av bemanning enligt hälso- och sjukvårdsdirektör. Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att det är välkänt att schemaläggning av vårdpersonal är en nyckel till en bättre planering av verksamheten. Regionen har däremot saknat genomförandekraft och mod att förändra arbetssättet för schemaläggning av läkare, enligt intervjuad regiondirektör och personaldirektör. Den nationella utredningen inom området (se kapitel 3) uppges vara ett stöd i att förändra hur läkare schemaläggs.

Regiondirektör har under året beslutat om en viljeinriktning och ett uppdrag som handlar om arbetstidsförläggning av all personal inom hälso- och sjukvården. Viljeinriktningen innebär ett förändrat arbetssätt för schemaläggning av personal inom hälso- och sjukvården. Arbetet påbörjades våren 2015 genom att personaldirektör fick i uppdrag att ta fram den regiongemensamma viljeinriktningen. Viljeinriktningen beskriver hur förvaltningarna inom hälso- och sjukvården genom kontinuitet och arbetstidsförläggning kan bidra till att uppnå verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare.

Viljeinriktningen ska resultera i:

1. Ökad användning av arbetstidsscheman som är mer styrande utifrån verksamhetens behov, sträcker sig över längre schemaperioder och som samplaneras med andra kompetenser i teamet, inklusive läkare.
2. Mer kontinuerlig förläggning av jourkompensationsledigheten.
3. Att övertidsuttag fördelas på alla medarbetare.
4. Omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika kompetenser så att arbetsuppgifterna ligger på rätt kompetens- och omhändertagandenivå.

Punkt två ovan (mer kontinuerlig förläggning av jourkompensationsledigheten) berör läkare specifikt. För att skapa bättre kontinuitet i vården utifrån patientens behov är det angeläget att minska jourverksamheten för läkare enligt uppdragsbeskrivningen. Detta eftersom det kan resultera i en allt för stor möjlighet till uttag av långa sammanhängande ledigheter. Dessa ledigheter kan försvåra möjligheterna att samplanera bemanningen i vården utifrån produktions- och kapacitetsplanering. Läkares arbetstid planeras mellan 07-21 helgfri måndag-fredag. Jour och beredskap får inte förläggas under denna tid. I vissa fall kan det vara befoगत att se över jourverksamheten även på övriga tider. Det kan till exempel finnas fördelar med att delvis schemalägga läkare på tunga jourlinjer där den största delen är aktiv arbetstid. Läkares kompensationsledighet för arbetad tid under jour- och beredskap ska schemaläggas i nära anslutning till utfört arbete.

I augusti 2015 tog regiondirektören därtill beslut om ett uppdrag avseende kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning mot bakgrund av viljeinriktningen⁸. Uppdraget från regiondirektören om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning kan sammanfattas enligt följande:

Område	Sammanfattande beskrivning
Syfte	Att i hälso- och sjukvårdsförvaltningarna stödja, säkerställa samt följa upp implementering och genomförande av en koncerngemensam viljeinriktning kring ökad kontinuitet och arbetstidsförläggning som togs fram våren 2015.
Uppdragsbeskrivning	Koncernstab HR och förvaltningarnas HR-chefer ska införa viljeinriktningen om ökad kontinuitet och arbetstidsförläggning. Detta ska ske genom att se över de verktyg som i dag finns framtagna för att stärka arbetet.
Bakgrund	Ovan beskrivna viljeinriktning som togs fram våren 2015 är bakgrund till beslut om uppdraget.
Arbetsorganisation	Koncernstab HR ska utföra uppdraget tillsammans med förvaltningarnas HR-chefer. Koncernstab Verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp ansvarar för att följa upp beslutet.
Samband och gränsdragning till andra uppdrag och pågående arbete	Ingår i uppdraget om administrativ förenkling.
Tidplan och avstämning/uppföljning	Implementering påbörjas hösten 2015 och pågår under 2016. Arbetet stäms kontinuerligt av med koncernledning för hälso- och sjukvård samt avrapporteras till personalutskottet.

Tabell: Sammanfattning av uppdrag om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör påtalar att beslutet ska vara ett stöd för sjukhusledning och chefer inom sjukhusen i att driva frågan om förändrat arbetssätt för schemaläggning av läkare, men att arbetet behöver ske lokalt i verksamheten. Koncernledning kan stödja genom att skapa verktyg för schemaläggning. Ett utvecklingsområde uppges vara att personal- och lönesystemet Heroma inte är ett effektivt verktyg för schemaläggning av personal. Koncernledning uppges utveckla detta så att det blir ett förenklat stöd för cheferna.

Uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning har behandlats i regionstyrelsens personalutskott genom att personaldirektör informerat i ärendet vid utskottets sammanträde i juni 2015. Därtill har personaldirektör informerat om ovan nämnda uppdrag avseende kontinuitet i vården och samband med arbetstidsförläggning vid utskottets sammanträden i maj, juni och augusti 2015. Av regionstyrelsens delårsrapporter framgår en uppföljning av målsättningen

⁸ Verkställighetsbeslut. Beslutet är en del av ett övergripande uppdrag inom koncernkontoret kallat "Administrativ förenkling".

om att regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen, vilket uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning kopplas till.

4.3. Styrning vid sjukhusen

Regionfullmäktiges mål om att pröva förutsättningarna för verksamhetsanpassad bemanning är riktat till regionstyrelsen. Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har mål eller aktiviteter i detaljbudget och verksamhetsplan för 2015 som är knutet till detta mål eller som specifikt avser schemaläggning av läkare. Samtliga sjukhus har dock målsättningar i sin verksamhetsplan eller detaljbudget för 2015 om att införa eller utveckla produktions- och kapacitetsplanering inom vården. Kungälv's sjukhus har därtill en aktivitet i sin verksamhetsplan och detaljbudget för 2015 om att under 2015 fortsätta arbetet med att anpassa bemanningen i relation till verksamhetsflödena.

Flera av de intervjuade från sjukhusledningarna påtalar att det finns behov av att utveckla styrningen av läkares schemaläggning. Till stor del uppges det handla om att förändra en kultur och ett förhållningssätt som i dagsläget innebär att läkare - och ibland även andra yrkeskategorier - i för stor utsträckning styr sina scheman utifrån egna önskemål istället för efter verksamhetens behov.

Vid samtliga sjukhus som ingår i granskningen schemaläggs läkare separat från övriga professioner. Hur schemaläggningen går till styrs av respektive verksamhet inom sjukhusen enligt de intervjuade från sjukhusen. Flera av de intervjuade från sjukhusen menar att schemaläggning sker utifrån en kombination av verksamhetens behov och när läkaren är tillgänglig. Även om schemaläggningen anpassas efter när läkaren är tillgänglig, finns det till exempel en medvetenhet om hur många läkare som behövs för att genomföra verksamheten. Exempel beskrivs närmare i avsnitt 5.2. Vissa av de intervjuade påtalar att det finns en rädsla för personalbrist som effekt av att styra schemaläggningen av läkarna i för stor omfattning. Det gäller framförallt inom de specialiteter där det finns en läkarbrist. Samtidigt påtalar både intervjuade från sjukhusledningar och intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör att det inte finns en generell läkarbrist vid sjukhusen, utan en brist inom vissa specialiteter.

Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har en uttalad sjukhusgemensam styrning om att läkares arbetstid ska planeras tillsammans med övriga professioner. Vid samtliga sjukhus finns däremot exempel på enskilda verksamheter som arbetat med att förändra hur läkare schemaläggs. Sjukhusen har inte en samlad bild av effekterna av dessa. Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att regionen behöver förbättra hur goda erfarenheter från projekt och initiativ tas tillvara inom regionen.

4.3.1. Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sedan 2007 finns riktlinjer vid SU om uttag av jourkompensation. Enligt dessa ska genererad jourtid schemaläggas i anslutning till utförd jour eller beredskap. Områdeschef och verksamhetschef fick med anledning av beslutet i uppdrag att verka för att medarbetare minskar sin inestående jourkompensationsledighet. Verksamheterna inom SU uppges i hög grad schemalägga läkarna fram till klockan 21, men det finns verksamheter som behöver arbeta an-

norlunda med detta enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör vid SU. En tidigare genomförd uppföljning inom SU av primärjourttjänstgöring visar att det fanns verksamheter som inte schemalägger läkare fram till klockan 21. Orsaken till detta var bland annat att det var för få läkare eller att verksamheten inte kräver denna schemaläggning. SU har vidare genomfört en uppföljning 2010 av de regiongemensamma riktlinjerna för arbetstidsförläggning av läkare. Även denna visar att det finns verksamheter som förlägger jour under ordinarie arbetstid.

SU genomför ingen sjukhusgemensam uppföljning av läkares övertid. ATL-tid redovisas per område. Enligt HR-chef pågår ett arbete för att utveckla denna uppföljning.

Intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör för SU menar att det finns ett behov av att utnyttja läkares arbetstid på ett effektivare sätt. Schemaläggarna behöver enligt de intervjuade få ett tydligare uppdrag och en starkare styrning inom området. Inför 2016 kommer sjukhuset arbeta med att koppla produktionsstyrning till schemaläggning, både genom långa funktions-scheman och kortare personliga scheman som säkerställer bemanning efter behov.

Presidiet i styrelsen för SU menar att styrelsen varit informerad om att det pågår ett arbete för att i ökad utsträckning styra schemaläggningen, men att frågan främst är aktuell på verksamhetsnivå. Presidiet i styrelsen för SU påtalar vikten av en regiongemensam styrning och en samsyn mellan de större regionerna.

4.3.2. NU-sjukvården

Enligt intervjuad sjukhusdirektör för NU-sjukvården saknas sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning. Sjukhusdirektören beskriver att schemaläggning av läkare utgår från läkarnas önskemål. Därefter matchas detta med vilken verksamhet som ska bedrivas och till sist får övrig personal anpassa sig. Intervjuad sjukhusdirektör påtalar att läkares omfattande frånvaro bryter kontinuiteten i vården och att styrningen behöver utvecklas. Intervjuad sjukhusdirektör menar vidare att det hade varit önskvärt om förändringar genomfördes regiongemensamt. Detta i syfte att minska att landstingen konkurrerar med varandra om de specialiteter inom vilka det råder en läkarbrist. NU-sjukvården följer inte upp huruvida läkare schemaläggs fram till klockan 21, enligt intervjuad sjukhusdirektör. En sjukhusgemensam uppföljning sker av läkares övertid.

Styrelsen för NU-sjukvården har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare enligt intervjuat presidium. Presidiet har dock fört diskussioner med sjukhusledning om huruvida läkare schemaläggs fram till klockan 21. Intervjuat presidium påtalar att det främst är ekonomi och större bemanningsfrågor som diskuteras i styrelsen.

4.3.3. Kungälv's sjukhus

Kungälv's sjukhus har en aktivitet i detaljbudget och verksamhetsplan för 2015 att fortsätta arbetet med att anpassa bemanningen i relation till verksamhetsflödena. En uppföljning av aktiviteten framgår dock inte i delårsrapport per mars och augusti 2015. Det finns ingen sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning. Intervjuad sjukhusdirektör menar dock

att sjukhuset arbetat med att anpassa bemanning efter verksamhetens behov i ett antal projekt.

Kungälv's sjukhus genomför ingen sjukhusgemensam uppföljning av läkares övertid, men det finns möjlighet att ta ut information om övertid per verksamhetsområde.

Styrelsen för Kungälv's sjukhus har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare men däremot frågor relaterade till läkarbemanningen, enligt intervjuat presidium i styrelsen för Kungälv's sjukhus. Till exempel uppges styrelsen ha tagit beslut om att införa akutläkare, vilka kommer kunna schemaläggas även efter klockan 21. Styrelsen har också beslutat om en effektiviseringsplan med åtgärder som berör bemanningsfrågor, till exempel uppgiftsväxling och bemanningsplanering inom vissa verksamheter. Intervjuat presidium konstaterar att det är önskvärt för styrelsen att i ökad utsträckning följa upp bemanningsfrågor.

4.3.4. Skaraborgs sjukhus

Sedan februari 2015 finns ett uppdrag inom SKAS att se över hur sjukhuset konkret kan arbeta med produktions- och kapacitetsplanering. Enligt intervjuad sjukhusdirektör är planering av all bemanning grunden i detta arbete. Det finns ingen sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning inom ramen för detta arbete. Av uppdragsbeskrivning framgår att tidigare arbete kring produktions- och kapacitetsplanering inom SKAS främst handlat om att styra produktionen. En fokusgrupp inom SKAS⁹ har därtill till uppgift att identifiera möjligheter att frigöra resurser för att stärka det vårdnära arbetet, i första hand inom slutenvårdsavdelningarna. Av sammanställning från fokusgruppens arbete framgår att fokusgruppen identifierat det som ett problem att SKAS inte använder sina resurser rätt för att tillgodose patientens behov. En av flera orsaker är att schemaläggningen saknar helhetsperspektiv. En annan orsak är dålig produktions- och kapacitetsplanering.

Koncernledningens initiativ om förändrat sätt för schemaläggning av personal inom hälso- och sjukvården har föranlett att HR-avdelningen inom SKAS tagit fram ett förslag till förändrade arbetstider. För läkare innebär förslaget bland annat att planering av schemaperioder och bemanningsbehov ska göras tillsammans med övriga kategorier i teamet. Jour, beredskap och övertid ska fördelas jämnt på befintliga medarbetare. Jourkompledighet ska planeras in i nära anslutning till utfört jour- eller beredskapspass.

En sjukhusgemensam uppföljning sker av läkares övertid inom SKAS.

Styrelsen för SKAS har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare enligt intervjuat presidium. Presidiet påtalar att det finns exempel på åtgärder som syftar till att styra bemanningen av läkare, till exempel ett regiongemensamt initiativ om att gemensamt inom regionen använda läkare inom psykiatri. Enligt intervjuat presidium har detta dock inte fått avsedd effekt. Intervjuat presidium menar att det finns en rädsla för att styra läkare i för stor utsträckning eftersom det finns en läkarbrist inom vissa specialiteter.

⁹ Fokusgrupp Samling kring vården.

4.4. Vår bedömning

Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Regionstyrelsen har enligt kommunallagen i uppdrag att leda och samordna regionens gemensamma angelägenheter. Mot bakgrund av detta är det enligt vår bedömning positivt att koncernledningen under året tagit beslut om en gemensam viljeinriktning som bland annat syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti och har ännu inte genomförts vid sjukhusen i regionen.

Granskningen visar att både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. De intervjuade vid koncernledningen påtar att det är välkänt att schemaläggning av vårdpersonal är en nyckel till bättre planering av verksamheten. Orsaker till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning. Enligt vår mening är dessa orsaker hinder för att styra läkares schemaläggning.

Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Precis som den nationella utredaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården samt myndigheten för vårdanalys påtar, är planering av läkare och annan vårdpersonal centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning och den bör göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. De orsaker som framhålls för att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare innebär enligt vår mening en utmaning i att genomföra koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning. Granskningen visar att viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Sjukhusstyrelserna har enligt kommunallagen ett ansvar för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll. Med ändamålsenlig avses i detta sammanhang en bemanning som är anpassad efter behov och belastning samt görs samlat för alla professioner. Granskningen visar att styrning av läkares schemaläggning vid de sjukhus som ingår i granskningen är mycket svag. Som ovan nämnts har viljeinriktningen om kontinuitet och arbetstidsförläggning ännu inte genomförts. Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har till exempel en uttalad sjukhusgemensam styrning om att läkares arbetstid ska planeras tillsammans med övriga professioner. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen inte har en samlad bild av hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin uppföljning avseende läkares schemaläggning och vad detta har för effekter.

Samtliga sjukhus som ingår i granskningen har projekt och målsättningar kring produktions- och kapacitetsplanering, men det saknas en tydlig styrning kring schemaläggning av läkare inom ramen för detta. Det innebär enligt vår mening en stor risk för att arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inte får avsedd effekt. Som ovan nämnts bör enligt vår mening sjukhusens kommande arbete med att styra läkares schemaläggning kopplas till arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Inom regionen har det sedan 2006 funnits riktlinjer om att läkare ska schemaläggas fram till klockan 21. Jour och beredskap får inte planeras till denna tid. Samtidigt är det inget av de sjukhus som ingår i granskningen som har en strukturerad uppföljning av detta, vilket enligt vår bedömning är en brist. Uppföljningen av att jour och beredskap inte förläggs fram klockan 21 bör enligt vår bedömning stärkas. SU och Kungälvssjukhus genomför därtill ingen samlad uppföljning av läkares övertid, även om uppföljning sker per verksamhetsområde. Uppföljning av läkares övertid inom SU och Kungälvssjukhus kan enligt vår bedömning stärkas.

Samtliga intervjuade presidier för sjukhusens styrelser menar att frågan om läkares schemaläggning främst är en verksamhetsfråga. Styrelserna för sjukhusen har därmed inte följt upp frågan om läkares schemaläggning. Bemanning har dock effekter för både patient, arbetsmiljö och ekonomi. Mot bakgrund av detta bör styrelsen för SU, Kungälvssjukhus, NU-sjukvården och SKAS generellt stärka sin styrning och uppföljning inom området.

Regionstyrelsen har i uppdrag att genomföra de beslut som regionfullmäktige fattat. Regionstyrelsen har enligt vår bedömning behandlat och konkretiserat regionsfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Detta genom att uppdraget kopplats till verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare. Ovan nämnda viljeinriktning från koncernledningen kopplar i sin tur an till detta mål. Regionstyrelsens personalutskott har behandlat uppdraget och viljeinriktningen.

5. Schemaläggning av läkare

I detta kapitel beskrivs de avtal som finns för läkare inom VGR, projekt och initiativ avseende läkares schemaläggning inom sjukhusen som ingår i granskningen samt vilken möjlighet som finns till statistik om läkares jour- och övertid samt tillgänglig tid. Kapitlet syftar till att besvara granskningens kartläggande frågor och avslutas med vår bedömning.

5.1. Avtal för läkare inom VGR

Läkares arbetstider regleras formellt av lagstiftning, nationella kollektivavtal och lokala överenskommelser. Inom VGR finns lokala överenskommelser, både regiongemensamma och vid sjukhusen.

Regiongemensamt finns ett avtal om uttag av kompensation och jour för läkare. Detta reglerar tidsramen för när kompensation ska utges samt begränsning av antalet inestående timmar. Av avtalet framgår bland annat att:

- ▶ All jour- och beredskapstid som tjänas in under året och som inte tas ut i direkt anslutning till att denna utförts förs över till personlig tidbank.
- ▶ Inestående tid kan tas ut under aktuellt år som lön eller ledighet, efter överenskommelse mellan chef och enskild läkare.
- ▶ Om läkares tidbank efter årsskiftet överstiger 200 timmar ska en reglering ske av dessa.

Därtill finns ett avtal för läkare vid frivillig tjänstgöring under den egna förvaltningen inom VGR, även kallat kökortningsavtal. Avtalet reglerar ersättning när läkare under ledighet och då framförallt jourkompensationsledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid. Ersättningsnivåer framgår av bilaga 4.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att det visserligen hade varit önskvärt om avtalen möjliggjorde schemaläggning även efter klockan 21, men påtalar samtidigt att nuvarande avtal inte är något hinder för ett förändrat arbetssätt för schemaläggning av läkare.

Samtliga sjukhus i granskningen har lokala avtal/anvisningar för läkarna enligt nedan. Ersättningsnivåer i de lokala avtalen framgår av bilaga 4.

Sjukhus	Lokala avtal för läkare
SU	▶ SU har en lokal anvisning för läkare. Detta reglerar ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU. ▶ SU tillämpar även det regiongemensamma kökortningsavtalet inom SU, enligt intervjuad HR-chef.

NU-sjukvården	▶ NU-sjukvården har ett lokalt avtal för läkare. Detta reglerar bland annat förutsättningar för befrielse från jour- och beredskap, ersättning vid extra övertidsarbete samt extra ersättning för inställelse till jour och beredskap med kort varsel. Det sistnämnda gäller läkare som blir beordrade av verksamhetschef eller motsvarande att fullgöra ytterligare jour- och beredskapspass på grund av annan medarbetares akuta frånvaro. En ersättning ges för inställelse till jour och beredskap med kort varsel under helger, vilket räknas från fredag klockan 17.00 till måndag klockan 08.00.
Kungälv's sjukhus	Kungälv's sjukhus har tre lokala anvisningar/avtal för läkare: ▶ En anvisning reglerar extra ersättning för kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. ▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagkväll samt lördag morgon och förmiddag.
SKAS	SKAS har sex lokala avtal för läkare: ▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagkväll samt lördag morgon och förmiddag. Ett av avtal innebär förhöjd jourfaktor under tiden 17.00-21.00 på fredagar. ▶ Ett lokalt avtal reglerar särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel. ▶ Ett avtal är ett så kallat kökortningsavtal. Det innebär att läkaren får extra ersättning vid tjänstgöring utöver fullgjord ordinarie arbetstid vid åtgärder för att korta kötider inom SKAS. ▶ Ett avtal reglerar ersättningsnivå för akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer. ▶ Ett avtal reglerar extra ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar. Orsaken till de två sistnämnda är att de akuta kärllfallen vanligen utgörs av livshotande tillstånd samt bristen på radiologer.

Tabell: Sammanställning av lokala avtal för läkare vid SU, NU-sjukvården, Kungälv's sjukhus och SKAS.

5.2. Projekt och initiativ

Utifrån vad som framkommit i intervjuer vid de respektive sjukhusen som ingår i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ som syftar till att utveckla eller förändra hur läkare schemaläggs. Det finns däremot exempel på projekt och initiativ inom olika verksamheter och enheter, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa. Därtill finns utredningar som berör läkarbemanningen, men dessa har inte direkt syftat till att utreda eller förändra schemaläggningen av läkare.

Intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör påtalar att det pågår en rad olika lokala initiativ inom SU, men det finns ingen samlad bild av dessa. Ett exempel är barnröntgen som arbetat med att schemalägga hälften av läkarbemanningen senare under dagen, vilket är mer anpassat efter verksamhetens behov. Projektet uppges ha mött stort motstånd till en början, men har sedan uppfattat som positivt enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör. Mölndals sjukhus har provat att införa sex timmars arbetsdag och läkare schemaläggs tillsammans med annan personal, enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör. Ett annat exempel är ögonkliniken som arbetat med att förändra schemaläggningen och anpassa den till verksamhetens behov, enligt intervjuad områdeschef vid SU.

SU genomförde under 2014 en jämförelse med Karoliniska Universitetssjukhuset av kostnader för jourlinjer. Detta mot bakgrund av att det framkommit att SU har en högre kostnad per närvarande läkare. Inom ramen för denna utredning undersöktes fördelningen av jourarbetet per verksamhetsområde. Sammantaget bedömdes att jour- och bakjourslinjer i vissa fall kan omorganiseras så att medel frigörs till löneökningar. Under 2013 genomförde SU en analys av läkares tidsanvändning. Under 2013 genomfördes därtill en benchmarking mellan SU, Karoliniska Universitetssjukhuset och Region Skåne. Benchmarkingen belyser områdena produktion, personal, ekonomi, kvalitet samt forskning och utbildning.

Inom NU-sjukvården finns inga sjukhusgemensamma initiativ eller projekt avseende läkares schemaläggning, enligt intervjuad sjukhusdirektör. Enligt sjukhusdirektören finns det dock exempel på verksamheter som arbetat med att förändra schemaläggning av läkare, till exempel radiologen. Ett annat exempel är operation som arbetat med att utveckla schemalägningsprocessen i syfte att bättre samordna olika kliniker, enligt intervjuad AT-studierektor, läkarchef och arbetsrättspecialist. Enligt intervjuad läkarchef utgår schemaläggningen från en kombination av verksamhetens behov och när läkare är tillgängliga. Det uppges finnas en tydlig bild av hur många läkare som behöver vara i tjänst en viss vecka för att kunna genomföra verksamheten.

Enligt intervjuad verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist vid Kungälvssjukhus utgår schemaläggningen från en kombination av verksamhetens behov och läkares önskemål. Vid önskemål om ledighet eller frånvaro sätts dessa i relation till verksamhetens behov. Enligt uppgift är detta sällan ett problem, eftersom det finns en spridning av önskemål om ledighet och frånvaro. I de fall dessa behov och önskemål krockar uppges att verksamheten i de flesta fall gått först och ledigheter flyttats. Sedan tre år tillbaka finns logistikerna som beskriver verksamhetens behov innan schemaläggningen. Detta uppges vara en del av sjukhusets arbete med produktionsplanering. Sjukhusdirektören påtalar att Kungälvssjukhus i hög utsträckning arbetat för att ha en bemanning som är anpassad efter verksamhetens behov.

Kungälvssjukhus har genomfört en utredning av jourlinjerna 2012. Utredningen belyser organisation och kostnader för jourlinjer. Utredningen har redovisats i sjukhusledning. I övrigt finns inga större dokumenterade utvecklingsarbeten enligt intervjuad verksamhetschef, HR-specialist och ST-läkare.

Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att tillvägagångssättet för schemaläggning skiljer sig åt mellan verksamheter och enheter. Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att specialiseringen av läkare medför att varje enskild läkare i liten utsträckning kan täcka upp för någon annan specialitet. Intervjuad verksamhetschef och enhetschef menar också att kunskapen om den enskilda medarbetaren är viktigt vid schemaläggningen.

Inom SKAS har till exempel hudkliniken arbetat med att dagligen gemensamt planera alla professioner efter produktionen, enligt intervjuad verksamhetschef och enhetschef. Ytterligare ett exempel är kirurgen som under 2010 deltog i ett SKL-projekt för att minska köer. Enligt intervjuad enhetschef vid SKAS gav detta ett jämnare flöde och det fick också läkarkollektivet att tänka att de är en del av bemanningen.

5.3. Tillgång till statistik

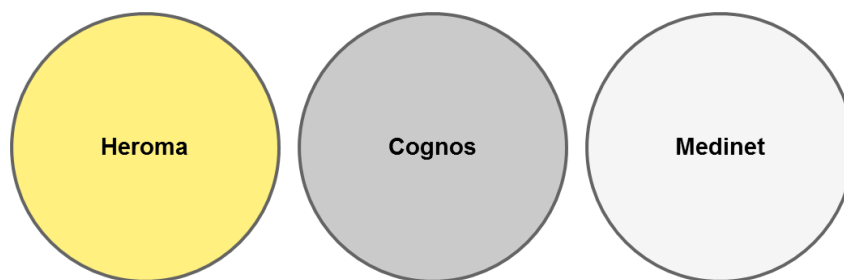


Bild: Tre system som har statistik eller information om läkares arbetstider.

Uppgifter om läkares jourtid och övertid samt när de är tillgängliga finns i personal- och lönesystemet Heroma, uppföljningsverktyget Cognos samt Medinet som vissa verksamheter använder för schemaläggning av läkare.

I Cognos finns uppgifter om hur mycket en medarbetare har arbetat under ordinarie tid och under jourtid samt hur mycket jourkompledighet som är uttagen. Uppgifterna redovisas per månad. Uppgifter går att få både på individnivå eller sammanställt.

I Heroma finns uppgifter om hur mycket tid en medarbetare tar ut i ledighet respektive lön. Uppgiften går att ta ut för varje medarbetare, men det går inte att få en samlad rapport för alla läkare. Flera intervjuade påtalar dock att generellt tas 30 procent i lön och 70 procent tid.

Det finns ingen samlad uppgift om hur stor andel av läkarkåren som är tillgängliga under ordinarie arbetstid. I Heroma finns information om planerad arbetstid, men inte vilken placering respektive läkare har. Det finns också en eventuell felkälla då eventuell ledighet inte alltid är inrapporterad för berörd dag. I de fall läkarnas arbetstid detaljplaneras i Medinet¹⁰ finns möjlighet att ta ut ett schema för en enskild läkare eller verksamhet. Intervjuad områdeschef vid SU påtalar i detta sammanhang att det kan vara intressant att följa upp vilka individer som

¹⁰ Samtliga verksamheter inom de granskade sjukhusen använder inte Medinet för att schemalägga läkare.

finns tillgängliga snarare än hur stor andel läkare som tillgängliga, mot bakgrund av läkares specialisering.

Flera intervjuade på verksamhetsnivå påtalar att det vore önskvärt med en ökad uppföljning av läkares arbetstid. Intervjuad verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist vid Kungälvss sjukhus menar till exempel att det hade vore önskvärt att få uppgifter om när jourtid arbetas in och tas ut. Eftersom uppgifterna i nuläget behöver tas fram manuellt ur systemen är arbetsinsatsen för omfattande enligt de intervjuade. Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att det hade varit önskvärt att kunna relatera läkares schemaläggning till produktionen, men att det saknas IT-stöd för detta idag. Även intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör menar att denna typ av statistik främst är intressant när den sätts i relation till produktionen.

5.4. Vår bedömning

Vi kan konstatera det inom VGR finns lokala avtal för läkare, både regiongemensamma och vid sjukhusen. De lokala avtalen vid sjukhusen ger möjlighet till olika jourtidspåslag under olika förutsättningar. Främst gäller detta vid kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. Ett avtal inom SKAS och ett inom NU-sjukvården reglerar extra ersättning för jour under vissa förutsättningar från klockan 17.00 på fredagar, vilket är en tidpunkt då jour inte ska förläggas. Det regiongemensamma avtalet är ett så kallat kökorningsavtal, som reglerar ersättning när läkare under ledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid.

Möjlighet till statistik eller information om läkares arbetstider finns i tre olika system. Det går inte att få en sammanställd bild av hur mycket läkare tar ut i lön respektive ledighet. Det finns inte heller en sammanställd bild av hur stor del av läkarkåren som finns tillgängliga. Precis som vissa av de intervjuade påtalar kan det vara av intresse att ställa läkares utförda arbetstid i relation till produktionen. Möjligheterna till att ta ut statistik om läkares schemaläggning och tjänstgöring bör enligt vår bedömning beaktas, både på sjukhusnivå och på regionnivå.

Utifrån vad som framkommit i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ som specifikt berör ett förändrat sätt att schemalägga läkare. Samtliga sjukhus påtalar att det finns enskilda enheter eller verksamheter som arbetar med att förändra sättet som läkare schemaläggs, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa.

6. Samlad bedömning

I detta kapitel lämnas svar på granskningens kartläggande frågeställningar och en bedömning utifrån granskningens revisionsfrågor. Kapitlet avslutas med våra slutsatser och rekommendationer.

6.1. Svar på kartläggande frågeställningar

Frågeställning	Svar
Vilka projekt/initiativ om läkares schemaläggning/verksamhetsanpassad bemanning har genomförts vid sjukhusen? ○ Vad resulterade dessa i och vilka åtgärder vidtogs? ○ Hur togs resultatet vidare inom sjukhuset och inom regionen i övrigt?	Utifrån vad som framkommit i intervjuer vid de sjukhus som ingår i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ avseende läkares schemaläggning. Det finns däremot exempel på projekt och initiativ inom olika verksamheter, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa projekt och vad de resulterat i. Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att regionen behöver förbättra hur goda erfarenheter från projekt och initiativ tas tillvara inom regionen.
Finns det lokala avtal för läkare som avviker från ramarna i gällande kollektivavtal?	Inom VGR finns lokala avtal för läkare, både regiongemensamma och vid sjukhusen. Dessa avviker från ramarna i gällande kollektivavtal, bland annat genom att de ger möjlighet till olika typer av jourtidspåslag under vissa förutsättningar. Ett regiongemensamt avtal ger möjlighet till extra ersättning när läkare under ledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid.
Vilka möjligheter finns till olika jourtidspåslag i lokala avtal?	Vid samtliga sjukhus som ingår i granskningen finns lokala avtal som ger möjlighet till olika jourtidspåslag. Främst gäller detta vid kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. Ett avtal inom SKAS och ett inom NU-sjukvården reglerar extra ersättning för jour under vissa förutsättningar från klockan 17.00 på fredagar, vilket är en tidpunkt då jour inte ska förläggas. Jourtidspåslagen framgår av bilaga 4.
Vilka möjligheter finns att få fram statistik	Uppgifter om läkares jourtid och övertid samt

från personalsystemet Heroma, till exempel om: • Hur mycket arbetad tid som registreras som ordinarie tid respektive jourtid? • Hur mycket av jourtid som tas ut i ledighet respektive lön? • När jourtid arbetas in under året? • När under året jourtid tas ut? • När jour- och övertid är inarbetad? • Hur stor del av läkarkåren är tillgänglig under ordinarie arbetstid?	när de är tillgängliga finns i personal- och lönesystemet Heroma, uppföljningsverktyget Cognos samt Medinet som vissa verksamheter använder för schemaläggning av läkare. I Cognos finns uppgifter om hur mycket en medarbetare har arbetat under ordinarie tid och under jourtid samt hur mycket jourkompledighet som är uttagen. Uppgifter redovisas per månad och går att få både på individnivå eller sammanställt. I Heroma finns uppgifter om hur mycket tid en medarbetare tar ut i ledighet respektive lön. Det går inte att få en samlad rapport för samtliga läkare. Det finns ingen samlad uppgift om hur stor andel av läkarkåren som är tillgänglig under ordinarie arbetstid. I de fall läkarnas arbetstid detaljplaneras i Medinet finns möjlighet att ta ut ett schema för en enskild läkare eller verksamhet.
Hur tas erfarenheter tillvara från utredningar eller motsvarande utanför VGR inom området och hur beaktas dessa in i regionens förändringsarbete?	Den nationella utredningen för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (se kapitel 3) uppges av de intervjuade vid koncernledningen vara ett stöd i att förändra hur läkare schemaläggs.

6.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
Hur säkerställer regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen?	Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Regionstyrelsen har enligt kommunallagen i uppdrag att leda och samordna regionens gemensamma angelägenheter. Mot bakgrund av detta är det enligt vår bedömning positivt att koncernledningen under året tagit beslut om en ge-

	mensam viljeinriktning som syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti 2015 och har ännu inte genomförts vid sjukhusen i regionen. Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Sjukhusstyrelserna har enligt kommunallagen ett ansvar för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll. Med ändamålsenligt avses i detta sammanhang en bemanning som är anpassad efter behov och belastning samt görs samlat för alla professioner. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin styrning av läkares schemaläggning samt sin uppföljning av hur läkares schemaläggning går till och vad detta har för effekter.
Hur tydliggörs ansvaret för uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning och hur fördelas det mellan regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna?	Regionstyrelsen har enligt vår bedömning behandlat och konkretiserat regionsfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Detta genom att uppdraget kopplats till verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare. Ovan nämnda viljeinriktning från koncernledningen kopplar i sin tur an till detta mål. Regionstyrelsens personalutskott har behandlat uppdraget och viljeinriktningen. Viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår mening drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

6.3. Slutsats

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning finns det enligt vår bedömning brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. Det finns en regiongemensam viljeinriktning om att förändra och i

ökad grad styra hur läkare schemaläggs, men styrningen och uppföljningen av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. För att arbetet ska få effekt bör det enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsakerna till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur eller kompetensförsörjning. Enligt vår mening är dessa orsaker hinder för att styra läkares schemaläggning.

Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen samlat inte vet hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin uppföljning avseende läkares schemaläggning och vad detta har för effekter. Granskningen visar också att kopplingen till produktions- och kapacitetsplaneringsutvecklingen är svag. Få intervjupersoner har refererat till den utvecklingen. Produktions- och kapacitetsplaneringens grundläggande syfte är att anpassa resurser och kapacitet till produktionsbehovet och därmed planeringen av läkarnas tidsanvändning.

I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit. Utifrån dessa lämnas följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen bör tillse att det tydliggörs hur viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning ska implementeras inom sjukhusens verksamheter.
- ▶ Regionstyrelsen bör överväga att tydligare koppla uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning samt viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning till regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering.
- ▶ Regionstyrelsen bör tillse att verksamhetens behov av statistik och underlag om läkares arbetstider beaktas vid utveckling av personal- och lönesystem.
- ▶ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemaläggning.
- ▶ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs.

Göteborg den 18 november 2015

Liselott Daun
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Mikaela Bengtsson
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Anders Hellqvist
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Kvalitetssäkrare
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Granskningens kartläggande frågeställningar

Följande kartläggande frågeställningar ska besvaras i granskningen:

- ▶ Vilka projekt/initiativ om läkares schemaläggning/verksamhetsanpassad bemanning har genomförts vid sjukhusen?
 - Vad resulterade dessa i och vilka åtgärder vidtogs?
 - Hur togs resultatet vidare inom sjukhuset och inom regionen i övrigt?
- ▶ Finns det lokala avtal för läkare som avviker från ramarna i gällande kollektivavtal?
- ▶ Vilka möjligheter finns till olika jourtidspåslag i lokala avtal?
- ▶ Vilka möjligheter finns att få fram statistik från personalsystemet Heroma, till exempel om:
 - Hur mycket arbetad tid som registreras som ordinarie tid respektive jourtid?
 - Hur mycket av jourtid som tas ut i ledighet respektive lön?
 - När jourtid arbetas in under året?
 - När under året jourtid tas ut?
 - När jour- och övertid är inarbetad?
 - Hur stor del av läkarkåren är tillgänglig under ordinarie arbetstid?
- ▶ Hur tas erfarenheter tillvara från utredningar eller motsvarande utanför VGR inom området och hur beaktas dessa in i regionens förändringsarbete?

Bilaga 2: Källförteckning

Intervjuade funktioner

Koncernkontoret och regionstyrelsen

- ▶ Regiondirektör och personaldirektör
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Förhandlingschef och förhandlare
- ▶ Regionstyrelsens ordförande och vice ordförande

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- ▶ Sjukhusdirektör och HR-direktör
- ▶ Områdeschef område 3, HR-strateg och HR-chef
- ▶ Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets ordförande och vice ordförande

Skaraborgs sjukhus

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ Verksamhetschef för M3, enhetschef/processchef inom kirurgi och HR-konsult
- ▶ Styrelsen för Skaraborgs sjukhus ordförande och vice ordförande

NU-sjukvården

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ AT-studierektor, arbetsrättsspecialist och läkarchef
- ▶ Styrelsen för NU-sjukvårdens ordförande och vice ordförande

Kungälv's sjukhus

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ Verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist
- ▶ Styrelsen för Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus ordförande och vice ordförande

Dokumentförteckning

- ▶ 6-punktsprogrammet, uppföljning, SU 2010-04-16.
- ▶ Analys av läkarkostnader, SU 2014-04-14.
- ▶ Analys av tidanvändning, SU 2013-05-27.
- ▶ Anvisning för ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU, 2010-06-21.
- ▶ Anvisningar för ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom Kungälv's sjukhus, 2002-11-04.
- ▶ Avtal för läkare vid frivillig tjänstgöring utanför den egna förvaltningen inom VGR, 2012-11-05.
- ▶ Avtal om uttag av kompensation för jour och beredskap för läkare, VGR 2009-04-07.

- ▶ Budget 2015, VGR.
- ▶ Delårsrapport augusti 2015 regionstyrelsen.
- ▶ Delårsrapport augusti 2015 SKAS.
- ▶ Delårsrapport augusti Kungälv's sjukhus.
- ▶ Delårsrapport mars 2015 regionstyrelsen.
- ▶ Delårsrapport mars 2015 SKAS.
- ▶ Delårsrapport mars Kungälv's sjukhus, inklusive bilagan "Effektiviseringsplan Kungälv's sjukhus 2015".
- ▶ Detaljbudget 2015 Regionstyrelsen.
- ▶ Detaljbudget 2015 SKAS.
- ▶ Detaljbudget och verksamhetsplan 2015, Kungälv's sjukhus.
- ▶ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14). Statens Offentliga utredningar, december 2014.
- ▶ En jämförande analys av universitetssjukhusen, benchmarking mellan Sveriges tre största universitetssjukhus. SU, september 2013.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från Kungälv's Sjukhus.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från NU-sjukvården.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från SKAS.
- ▶ Förhandlingsprotokoll jourersättning fredagar, SKAS 2001-12-05.
- ▶ Förhandlingsprotokoll jourersättning lördagar, SKAS 2009-03-19.
- ▶ Förhandlingsprotokoll compensation arbetad tid jour/beredskap, Kungälv's sjukhus 2003-01-01.
- ▶ Förhandlingsprotokoll löneöversyn, Kungälv's sjukhus 2002-11-18.
- ▶ Förslag och fakta kring arbetstider, SKAS 2015-07-07.
- ▶ Kartläggning av primärjourtjänstöring 07.00-21.00 vardagar, SU.
- ▶ Lokalt kollektivavtal angående ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel, SKAS 2013-06-26.
- ▶ Protokoll maj, juni och augusti 2015, regionstyrelsens personalutskott.
- ▶ Rapport projekt 13, "Husjour på mest belastade jourlinjer" (utredning om jourlinjer), Kungälv's sjukhus 2012.
- ▶ Rapport övertid, januari-augusti 2011 och 2015, NU-sjukvården.
- ▶ Rapport övertid, januari-september 2015, SKAS.
- ▶ Redovisning ATL-tid, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, område 2 januari-maj 2015.
- ▶ Regiongemensamma riktlinjer inom delar av arbetstidsområdet. Personalstrategiska avdelningen, Dnr RSK 220-2009.
- ▶ Reglemente för regionstyrelsen. Antaget av regionfullmäktige den 25 november 2014, § 171, ändrat av RF 2015-04-14, § 60.
- ▶ Reglering av ersättningsnivå avseende akuta kärlfall för kärlkirurger samt radiologer inom SKAS, SKAS 2014-12-17.
- ▶ Reglering av ersättningsnivå avseende extra granskning, diktering och signering för radiologer inom SKAS, SKAS 2014-12-17.
- ▶ Riktlinjer för lokal översyn och förändring av jourorganisation och arbetstidsförläggning för läkare. Personalstrategiska avdelningen 2006-05-12.
- ▶ Riktlinjer för uttag av jourkompensation för läkare vid SU, 2007-11-21.

- ▶ Samling kring vården, SKAS (ppt).
- ▶ Uppdragsbeskrivning för Fokusgrupp kapacitets- och produktionsplanering, SKAS.
- ▶ Uppdragshandling för administrativ förenkling, kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning – del 2 inklusive bilaga. Dnr RS 150-2015.
- ▶ Ur led är tiden, fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Rapport 2013:9, Myndigheten för vårdanalys.
- ▶ Verksamhetsplan 2015 med detaljbudget, NU-sjukvården.
- ▶ Verksamhetsplan 2015 SKAS.
- ▶ Verksamhetsplan och detaljbudget 2015 SU.

Bilaga 3: Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterierna i denna granskning beskrivs nedan.

Kommunallagen

Kommunallagen 6 kap. 1-3 § som reglerar styrelsens övergripande ansvar för ledning, samordning och uppsikt. Av kommunallagen framgår bland annat att styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens¹¹ angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen skall uppmärksamt följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen skall också hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter göra de framställningar som behövs. Styrelsen får från övriga nämnder, beredningar och anställda i kommunen begära in de yttranden och upplysningar som behövs för att styrelsen skall kunna fullgöra sina uppgifter.

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Likaså skall nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett övrigt tillfredställande sätt.

Hälso- och sjukvårdslagen

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska särskilt ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

VGR budget 2015 – uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning

I VGR:s budget 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande

Reglemente för regionstyrelsen

Av regionstyrelsens reglemente framgår att regionstyrelsen utövar ägarskap för verksamheter i egen regi. Ansvaret innebär att styrelsen har ett samordningsansvar för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt.

Under regionstyrelsens roll som centralt förvaltningsorgan framgår att regionstyrelsen med utgångspunkt i de utvecklings- och inriktningsbeslut samt strategier som fastställts av hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska ta initiativ för utveckling av hälso- och sjukvårdsverksamheter i egen regi.

EYs utgångspunkter för schemaläggning av läkare

Se beskrivning i kapitel 3.

¹¹ Både primär- och sekundärkommuner (landsting) avses.

Bilaga 4: Ersättningsnivåer lokala avtal för läkare i VGR

Nedan beskrivs ersättningsnivåer enligt de lokala avtal som finns inom VGR, både regiongemensamma och vid sjukhusen. Beskrivningen baseras på vad som framgår av respektive avtal. Avtalen innehåller en rad olika villkor för att ersättningen ska utgå.

Regiongemensamt	Avtal och ersättning
	Kökortningsavtal: ▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Ersättningen för den arbetade tiden utges per timme och inbegriper semesterlön och semesterersättning.
Sjukhus	Avtal och ersättning
SU	Ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU: ▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 24 timmar. Gäller inte vid beredskap (bakjour).
NU	Ersättning vid extra övertidsarbete: ▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ I beloppen är ersättning för semesterlön, semesterersättning och obekväm arbetstid inräknade. Ersättning för inställelse till jour och beredskap med kort varsel: ▶ Vid jour under helgfria dagar: 225 kr/timme ▶ Vid jour under helger (fredag klockan 17.00 till måndag klockan 08.00): 275 kr/timme ▶ Vid beredskap: 80 kr/timme
Kungälv's sjukhus	Ersättning för kort inställelse till jourpass: ▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 36 timmar i förväg. Höjd jourfaktor (två avtal): ▶ Lördagar, klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 för samtliga primär- och bakjourslinjer.

	▶ Fredagar klockan 21.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap.
SKAS	Höjd jourfaktor (två avtal): ▶ Lördagar klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 under jour-tjänstgöring. ▶ Fredagar klockan 17.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap. Särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel: ▶ Vid jour samtliga dagar är ersättningen 300 kr/timme. Vid beredskap samtliga dagar är ersättningen 200 kr/timme. Kökortningsavtal: ▶ Ersättning om 240 % av lönen. Beloppet inkluderar semesterersättning. Ersättning för akuta kärlfall för kärlkirurger samt radiologer: ▶ Dubbel kvalificerad övertidsersättning. Ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar: ▶ Granskning, diktering och signering samt utförande av ultraljud ersätts med en styckprisersättning mellan 50-300 kronor, beroende på typ. Diktering av övriga undersökningar och utförande av mer kvalificerade ultraljudsundersökningar ersätts med 240 %, vilket motsvarar kvalificerad övertidsersättning. Ersättningarna inkluderar semesterersättning.

Beslutsärende 5

Förlängning av avtal kring laboratoriemedicin.

Tjänsteutlåtande

Datum 2015-12-28

Diarienummer SkaS 56-2016

Förvaltningskontoret

Handläggare: Thommy Johansson

Telefon: 0702-27 23 56

E-post: thommy.johansson@vgregion.se

Till Skaraborgs Sjukhus

Förlängning av avtal för laboratorietjänster Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår att förlänga nuvarande avtal med Unilabs AB för laboratoriemedicinska tjänster med 36 månader.
2. Det nya avtalet får en avtalstid från den 1 februari 2017 till den 31 januari 2020.
3. Skaraborgs Sjukhus deltar i regionala samordningsarbetet inom laboratoriemedicin och ansvarar för samordning med Unilabs AB för de laboratoriefunktioner som berör delar eller hela Västra Götalandsregionen.

Bakgrund

År 2012 gjordes en förnyad upphandling för Laboratorietjänster för Skaraborgs Sjukhus (SkaS). Sedan 1992 har laboratorieverksamheten varit upphandlad för SkaS.

Upphandlingens syfte har varit att ge SkaS en effektiv och rationell laboratoriefunktion som tillgodoser sjukhusets behov av laboratoriemedicinsk kompetens, analyssvar för diagnostik samt säkerställande av blodförsörjning.

I detta arbete ingår att delta i sjukhusets utveckling av den medicinska verksamheten, patientprocesserna och kontinuerligt förbättra och förnya analysmetoder.

Avtalet som upphandlades mellan SkaS och Unilabs AB gäller från och med 1 februari 2012 till och med 31 januari 2017 med möjlighet till förlängning under 36 månader

Nuvarande avtal - omfattning

Uppdraget

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

Tillgänglighet

Tillgänglighet omfattar alla moment i laboratorieprocessen. Alla moment skall anpassas till en effektiv och säker patientprocess. Kraven på tillgänglighet kan komma att förändras i samband med utveckling av verksamheten och beslutas i samråd.

Kundservice

Kundservice skall finnas för respektive specialitet med uppgift att ge råd och stöd för till exempel provtagning, svarstider, preliminära svar mm samt ha ett informationsansvar för ny metodik/nya analyser. Kundservice skall vara tillgänglig enligt överenskommelse med Beställaren och kan vara olika för respektive specialitet samt vid behov kunna ge fördjupad medicinsk konsultation.

Patientnära analyser

Förekomsten av patientnära analyser styrs av utvecklingen i patientprocesserna. Volymerna kan inte bestämmas på förhand. De patientnära analyserna kan komma att utföras av Leverantören eller i egen regi.

Leverantören skall följa eventuella regionala beslut angående införande av elektroniskt övervakningssystem av PNA-utrustning.

Bårhusverksamhet

Leverantören skall svara för bårhusverksamheten (cirka 1200 avlidna/år) vid SkaS Skövde.

Analyssortiment

Vid avtalsstart skall nuvarande analyssortiment för SkaS användas och bibehållas så länge parterna anser det förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kommunikationssystem

Leverantören skall använda sig av IT-system som är anpassade till de system som Beställaren använder för kommunikation av remisser och svar samt övrig kommunikation. Alla förändringar i Leverantörens IT-system skall samordnas med Beställarens IT-struktur. Då Leverantören genomför förändringar i sitt IT-system som medför kostnader för Beställaren skall Leverantören stå för dessa.

Kunskapsöverföring

Leverantören skall tillse att laboratorierna bidrar till kunskapsöverföring genom att regelbundet anordna kliniska konferenser/sammankomster som skall präglas av interaktion och dialog. Leverantörens instruktörer skall bidra till kunskaps- och informationsöverföring bland annat genom att anordna utbildningar, studiebesök samt ha regelbundna kontakter med Beställarens verksamhet.

Samrådsorganisation

För handläggning av ärenden inom avtalets ram skall en samrådsorganisation bildas i samband med avtalets start. Beställaren utformar en samrådsorganisation.

Utvecklingsprojekt

Leverantören skall tillse att laboratoriet fullföljer pågående projekt och i övrigt delta i projekt där kvalitetshöjning kan ske i Beställarens verksamhet. Parterna kan var för sig initiera olika projekt inom ramen för avtalet.

Regionalt samarbete

Västra Götalandsregionen har ett övergripande planeringsansvar för hälso- och sjukvården i upptagningsområdet. Leverantören skall vara införstådd med att laboratorieverksamheten ingår i Västra Götalandsregionens planeringsansvar.

Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen för avtalet utgår från beräknad totalkostnad för avtalet vid avtalsstart. Beställaren skall betala 40 procent av totalkostnaden som en fast del månadsvis i efterskott. Denna del av totalkostnaden är en fast ersättning och benämns "Sjukhusavtal".

Sjukhusavtalet omfattar till exempel att bedriva laboratoriemedicin 24 timmar, 365 dagar om året, ansvar för akutsvar i den omfattning som är överenskommet, medverka i utveckling och kvalitetssäkring av patientnära analyser, medverka i process- och förbättringsarbeten på sjukhuset. Avtalat analyspris reduceras därefter med 40 procent och blir det analyspris som faktureras och benämns "SkaS analyspris".

Ekonomisk ersättning under avtalsperioden

Ersättningen från avtalsstart 2012 gjorde att laboratoriekostnaderna sänktes med 15 procent jämfört med tidigare avtal. Den kostnadsökning som ses för hela avtalet är kopplat till ökade analysvolymerna och analysmix.

Den totala ersättningen till Unilabs AB från januari till och med 30 november 2015 var cirka 98 miljoner.

Synpunkter på nuvarande avtal

Under våren 2015 har samtliga verksamhetschefer och processchefer fått möjligheter att ge sina synpunkter på avtalet. I huvudsak är verksamheten positiv till leverantören och de få synpunkter som kom fram har hanterats inom nuvarande samverkansfunktion. Kvarstående punkter gäller till exempel IT-struktur vilket lämnas över till Västra Götalandsregionens ISIT verksamhet.

Förändringar och utvecklingsområden

I nuvarande avtal

En regelbunden dialog sker mellan SkaS och Unilabs avseende förbättringsområden, nya analyser, analyser som ska avvecklas. Exempelvis träffas representanter mellan SkaS och Unilabs regelbundet inom följande ämnesområden

- Klinisk kemi
- Mikrobiologi
- Patologi/cytologi
- Transfusionsmedicin
- Biobanker

Utveckling inom Västra Götalandsregionen

Inom Västra Götalandsregionen finns sedan något år ett diagnostikråd som handlägger frågor inom bland annat laboratoriemedicin. I diagnostikrådet ingår SkaS och företräds av förvaltningsrepresentant.

I diagnostikrådets uppdrag ingår att arbeta för en samordning och effektivisering inom diagnostikområdet och i detta utvecklingsarbete kommer eventuellt områden som ingår i laboratoriemedicinska avtalet att påverkas. Exempel på ett sådant utvecklingsområde är införande av digital patologi. Då det är viktigt att utvecklingen sker utifrån ett regionalt perspektiv oavsett organisation företräds SkaS i dessa sammanhang av förvaltningsrepresentant men kan ta expertkompetens till hjälp via avtalet kring laboratoriemedicin.

Genetik

Utvecklingen inom området för genetik sker främst på regionvårdsnivå. Här är det värdefullt att vårdprocesserna inom SkaS kan få tillgång till denna analysfunktion. I diskussionen kring förlängning av avtalet kommer förslag lämnas om att diagnostik inom genetik området överförs till SU.

Beslutsärende 6

Serviceöverenskommelse 2016.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-13

Diarienummer SkaS 228-2015

Sjukhusledningen

Handläggare: Eva Sundström

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Serviceöverenskommelse 2016 mellan Skaraborgs Sjukhus och servicenämnden

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner serviceöverenskommelsen 2016 med servicenämnden.
2. Ersättningsnivån för serviceöverenskommelsen är justerad enligt RS 3792-2014 uppgår för år 2016 till 142 818 tkr och i detta finns bedömd nivå för styckeavrop till 5 255 tkr.
3. Serviceöverenskommelsen är justerad med 2016 års bedömda tillkommande kostnad med hänsyn till regionfullmäktiges beslut om nya städriktlinjer RS 2795 - 2012

Sammanfattning av ärendet

Serviceöverenskommelsen är ett avtal mellan servicenämnden och Skaraborgs Sjukhus om de tjänster Regionservice ska leverera till förvaltningen inklusive uppskattade volymer och kostnad. Serviceöverenskommelsen omfattar både de tjänster Regionservice levererar i egen regi och de tjänster som har upphandlats av Regionservice. Till grund för serviceöverenskommelsen ligger den styrmodell för servicesamspelet som beslutades av regionfullmäktige 2014.

Tjänsterna är indelade i två grupper, ägarstyrda tjänster och kundstyrda tjänster. Vad gäller för kundstyrda tjänster finns det också möjlighet att utöka dessa med tilläggstjänster.

Ersättningsnivå

Ersättningsnivån för 2016 uppgår till för:

- Ägarstyrda tjänster - fast belopp 51 809 tkr
- Kundstyrda tjänster - med intervall 84 895 tkr
 - 2 486 tkr avser utökad städning med anledning av nya städriktlinjer
- Tilläggstjänster – fast belopp 860 tkr
- Kundstyrda tjänster med styckeavrop 5 255 tkr

Bilaga

- Serviceöverenskommelse
- Övergripande beskrivning av Regionservice tjänster och kostnader 2016 för serviceöverenskommelse i Västra Götalandsregionen
- Förtydligande av Regionservice redovisningstjänst, patientmåltider och löne- och pensionservice och orsak till reviderade priser 2016

Beslutet skickas till

Servicenämnden

Serviceöverenskommelse 2016 mellan Skaraborgs sjukhus och Regionservice

1. Inledning

Serviceöverenskommelsen är ett avtal mellan Regionservice och Skaraborgs sjukhus om de tjänster Regionservice ska leverera till förvaltningen; inklusive uppskattade volymer och kostnad. Serviceöverenskommelsen omfattar både de tjänster Regionservice levererar i egen regi och de tjänster som har upphandlats av Regionservice.

Till grund för serviceöverenskommelsen ligger den styrmodell för servicesamspillet som beslutades av regionfullmäktige 2014.

2. Förtydligande principer och förhållningssätt

I styrmodellen ingår en regiongemensam beskrivning och definition av de olika tjänsterna och en regiongemensam prislista för dessa tjänster. I september 2015 fastställde regiondirektören prislistan och tjänstekatalogen för 2016.

Revidering har gjorts i prislistan och tjänstekatalogen 2016 gällande tjänsterna redovisning, löne- och pensionsservice samt patientmåltider, 2015-12-17.

För ytterligare information se bilaga 2 och 3.

3. Ersättningsnivå och fakturering

Ersättningsnivån för 2016 är beräknad till 142 818 tkr

ägarstyrda tjänster 51 809 tkr

tjänsteöverenskommelse med normalintervall 84 895 tkr

styckavrop (budgetindikation) 5 255 tkr

övriga tilläggstjänster 860 tkr

Regionservice fakturerar månatligen en tolfedel av årsbeloppen ovan med undantag för tjänsterna med styckavrop där faktureringen sker löpande.

4. Uppföljning och kommunikation

Regionsservice ansvarar tillsammans med förvaltningen Skaraborgs sjukhus, för uppföljning av överenskommelsen och tjänsterna.

Parterna ansvarar för att innehållet i denna överenskommelse kommuniceras inom den egna förvaltningen.

5. Underskrift

Regionsservice

Skaraborgs sjukhus

.....
Ort och datum

.....
Ort och datum

.....
Thomas Front
Servicedirektör

.....
Lars Johansson
Sjukhusdirektör

Servicenämnden

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus

.....
Ort och datum

.....
Ort och datum

.....
Peter Hermansson
Ordförande

.....
Ull-Britt Hagström
Ordförande

Bilaga:

1. Spec. sök-underlag
2. Övergripande beskrivning av Regionsservice tjänster och kostnader 2016, rev. 1.1
3. Förtydligande – orsak till reviderade priserna 2016

Skaraborgs Sjukhus
 Motpart: 734

Ägarstyrda tjänster	
Tjänsteområde / Tjänst	2016 Helårskostnad för tjänsten tkr
Administrativa stödfunktionstjänster	11 750
Diarieservice	0
Löneadministration & pensionservice	5 832
Fakturerings tjänst - kung och Leverantör	2 780
Fakturerings tjänst - Patientfakturerings	1 384
Redovisningstjänst	1 384
Interna konsulttjänster i VGR	369
Fordons hanterings tjänster	582
Fordons administration i VGR	357
Leasingbil korttid (Övergripande stödstruktur)	225
Informationsproduktion & tryckeritjänster	79
Informationsproduktion & tryckeritjänster - Övergripande stödstruktur	79
Konferens- & mötestjänster	41
Konferenser & möten i VGR Övergripande stödstruktur	41
Lokalvårdstjänster	0
Lokalvård via entreprenad i VGR	
Materialförsörjningstjänster	29 222
Rätt material i rätt tid & på rätt plats	6 769
patienttextilier	15 076
personaltextilier	7 376
Patientmåltidstjänster	2 658
Försörjning av patientmåltider i VGR - Livsmedelshantering	2 658
Posttjänster	4 211
Central posthantering inkl porto	4 211
Transporttjänster	3 133
Budtransport till/från laboratorium	1 745
Budtransport leveranser & borttransport av riskavfall (ADR)	1 387
Utbildningstjänster	134
Övergripande stödstruktur för utbildningssamordning i VGR	134
SUMMA	51 809

Skaraborgs Sjukhus

Motpart: 734

Tjänsteöverenskommelse med normalintervall (Förvaltningsfinansierad)				
Tjänsteområde / Tjänst	Pris per enhet i kr	Enhet	Antal enheter	2016 Helårskostnad för tjänsten tkr
FM-servicetjänster			20 787	6 603
Arbetsplatsservice	22100	Arbetsplats	0	0
Utrustningsbaserad FM	338	Timmar	10 277	3 474
Lokalvårdande FM	290	Timmar	1 434	416
Övriga administrativa FM-tjänster	299	Timmar	9 076	2 714
Patienttransporter -Vardag	318	Timmar	0	0
Patienttransporter - Kväll	348	Timmar	0	0
Patienttransporter - Natt	381	Timmar	0	0
Patienttransporter - Helg	391	Timmar	0	0
Patienttransporter - Storhelg	461	Timmar	0	0
Patienttransporter - Helg natt	391	Timmar	0	0
Lokalvårdstjänster			116 815	34 933
Rena lokaler - Vardag	290	Timmar	104 331	30 256
Rena lokaler - Helg	363	Timmar	7 512	2 727
Rena lokaler - Storhelg	433	Timmar	0	0
Rena vårdlokaler - Vardag	290	Timmar	4 946	1 434
Rena vårdlokaler - Helg	363	Timmar	26	9
Rena vårdlokaler - Storhelg	433	Timmar	0	0
Lokalvård via entreprenad - Separat deb		Kronor	0	506
Materialförsörjningstjänster			520	5 907
Sterilgodstransport	338	Timmar	520	176
Tilläggstjänst Påfyllning förråd material				2 505
Tilläggstjänst Påfyllning förråd textilier				3 226
Patientmåltidstjänster			596 655	37 452
Frukost bricka	47,75	Portioner	170 400	8 137
Frukost kantin	39,41	Portioner	0	0
Lunch patient Bricka	68,65	Portioner	156 955	10 775
Lunch patient Kantin	62,46	Portioner	2 100	131
Middag Bricka	66,58	Portioner	158 400	10 546
Middag Kantin	56,90	Portioner	2 100	119
Specialkost Frukost	65,89	Portioner	10 900	718
Specialkost Lunch	77,64	Portioner	49 600	3 851
Specialkost Middag	68,72	Portioner	46 200	3 175
Transporttjänster			0	0
Personaltransporter			0	0
				84 895

Skaraborgs Sjukhus

Motpart: 734

Styckavrop (Förvaltningsfinansierat, budgetindikation)				
Tjänsteområde / Tjänst	Pris per enhet i kr	Enhet	Antal enheter	2016 Helårskostnad för tjänsten tkr
Administrativa stödfunktionstjänster			0	0
Tjänste-ID Service	665	Styck	0	0
Interna konsulttjänster		Timmar	0	0
Fordonshanteringstjänster			40 188	3 513
Leasingbil korttid	78	Timmar	40 150	3 132
Leasingbil långtid, servicenivå 1	382	Månadspris	8	37
Leasingbil långtid, servicenivå 2	956	Månadspris	30	344
Informationsproduktion & tryckeritjänster			0	423
Kopiering & scanning		Styck	0	423
Tryck och distribution av handlingar till nämnder och styrelser			0	0
Konferens- & mötestjänster			0	0
Konferens- & mötesarrangemang (genomförande av hela processen inkl. för- och efterarbete)	413	Timmar	0	0
Lokalvårdstjänster			153	44
Övriga städtjänster vid behov	290	Timmar	153	44
Restaurang- & kafétjänster			0	856
Catering		Artikel	0	856
Transporttjänster			0	0
Övrig transporttjänst			0	
Utbildningstjänster			0	419
Utbildningsinsatser	413	Timmar	0	419
				5 255

Övriga tilläggstjänster				
Tjänsteområde / Tjänst	Pris per enhet i kr	Enhet	Antal enheter	2016 Helårskostnad för tjänsten tkr
Personalbostäder-rörlig deb indikation				300
Personalbostäder fast del				100
Byte ambulansdäck				368
Securitas bevakning Mariestad				92
Bårhus, visningar, hyra för bårhus				0
				860

Kostnadsunderlag för kommande fakturor	tkr
Ägarstyrda tjänster	51 809
Tjänsteöverenskommelse med normalintervall (Förvaltningsfinansierat)	84 895
Styckavrop (Förvaltningsfinansierat, budgetindikation)	5 255
Övriga tilläggstjänster	860
Kostnad för service	142 818



2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

**Övergripande beskrivning av Regionservice tjänster och kostnader 2016
för serviceöverenskommelser i Västra Götalandsregionen (VGR)**

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Inledning och läsanvisning

Regionfullmäktige fattade i juni 2014 beslut om ny styrmodell för alla delar i servicesamspelet med Regionservice i Västra Götalandsregionen (VGR). Den ekonomiska styrmodellen trädde i kraft den 1 januari 2015. Detta dokument beskriver tjänsteområdena och tjänsterna i servicesamspelet på en övergripande nivå.

Denna övergripande tjänstebeskrivning innehåller följande delar:

- 1. Ekonomisk styrning av servicetjänster inom Västra Götalandsregionen**
För dig som söker en övergripande beskrivning av principer och utgångspunkter för den nya styrmodellen för servicesamspelet samt en beskrivning av hur styrmodellen fungerar i praktiken.
- 2. Beskrivning av samtliga tjänster**
För dig som söker en övergripande beskrivning av en eller flera tjänster samt vilken typ av överenskommelse som gäller för tjänsten/tjänsterna.
- 3. Skillnad mellan ny & gammal tjänstestruktur samt mellan 2015 & 2016**
För dig som söker en beskrivning av skillnaden mellan en eller flera tjänster i den gamla och den nya styrmodellen samt en beskrivning av skillnader i tjänsteutbud mellan 2015 och 2016.
- 4. Särskilda uppdrag som inte omfattas av internhandeln**
För dig som söker en sammanställning över de särskilda uppdrag till Regionservice som inte omfattas av internhandeln.

Bilaga 1. Lathund prislista 2016 med reviderade priser enligt regiondirektörens beslut 2015-12-17.

För dig som söker ett styckpris på en eller flera tjänster.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

1. Ekonomiska styrprinciper (regionfullmäktige)

De mest centrala kan sammanfattas som:

- Regionservice levererar tjänster till den genomsnittligt regionala självkostnaden.
- Dialogen inför serviceöverenskommelsen ska präglas av volym- och kvalitetsresonemang. Prislistor med enskilda timpriser eller sammansatta tjänstepriser skall inte förhandlas utan i huvudsak årligt beslutas regionalt av regiondirektören.
- Tjänster kan ha olika finansiering från externa kunder, interna förvaltningskunder och via regionala anslag. Eventuella tillfälliga över/underskott skall inte korssubventionera varandra utan skall vara självfinansierade tjänsteområde för tjänsteområde.
- Löpande produktivitetsförbättringar i serviceverksamheter skall tillfalla förvaltningarna via gradvis lägre reala priser. På så sätt har förvaltningarna incitament att delta i utvecklingsfrågor kring serviceleveranser.
- En mildare form av internhandel skall prägla samspelet. Om kärnverksamhetens förbrukning och efterfrågan av en tjänst inte riskerar att bli väsentligt kostnadsdrivande, skall tjänster paketeras i större funktionsliknande avtal. På så sätt undviks överadministration och onödiga förhandlingar.
- Utvecklingen av standardisering för olika tjänster skall eftersträvas framför olika lokala lösningar. Ibland måste dock det lokala perspektivet och särlösningar få företräde. Samverkan, beredning och beslut kring dessa frågor hanteras av kundrådet för intern service där koncernkontoret, Regionservice och förvaltningarna är representerade. Västra Götalandsregionens ekonomidirektör är ordförande.
- Utifrån ett regionövergripande effektivitetsperspektiv är huvudprincipen en låg grad av valfrihet för förvaltningarna, avseende att utföra tjänsten själv eller att anlita Regionservice.
- Förvaltningen ska alltid vända sig till Regionservice när ett tjänstebehov uppstår. Regionservice gör kontinuerligt en bedömning om tjänsten ska utföras i egen regi eller, på grund av kostnadseffektivitet, ska tillhandahållas genom upphandlad leverantör. Regionservice anvisar förvaltningen till upphandlad leverantör då tjänsten inte genomförs i egen regi.

Fyra avtalskonstruktioner inom en serviceöverenskommelse

Målsättningen är att sätta samman tjänster i större tjänsteöverenskommelser så långt det går, framförallt inom områden där inte den interna förvaltningen rimligen varken kan påverka eller har en synpunkt på leveranserna och dess kostnader. Principen skall emellertid endast tillämpas där den

2015-12-17

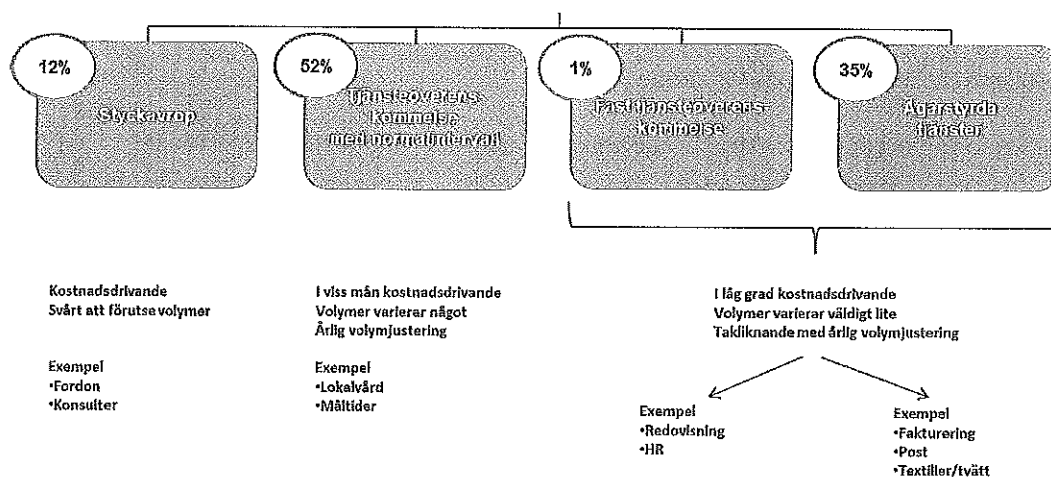
Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

inte riskerar att verka väsentligt kostnadsdrivande för VGR som helhet. Det finns fyra grupper eller konstruktioner:



1. **Styckavrop** är kundfinansierade tjänster som används när det är viktigt att beställningen av en viss tjänst inte får vara en fri nyttighet. Ett styckavrop behöver dock inte faktureras var för sig utan bör med fördel samlas ihop och samfaktureras. Styckavrop bedöms stå för ca 12 % av alla serviceleveranser. Exempel är fordonstjänster och olika typer av konsulter som förvaltningar hyr in från Regionservice.

För **tjänsteöverenskommelser** finns två olika former, båda är finansierade av förvaltningarna:

2. I **tjänsteöverenskommelse med ett normalintervall, "spann"**, tillåts en varierande beställnings- och leveransvolym inom ett spann +/- 2 % eller +/- 4 % utan att månadsfaktureringen ändras. När utfallet blir över/under normalintervallet, exempelvis 3 %, debiteras förvaltningen för tillkommande eller avgående leveranser utanför normalintervallet. I denna grupp återfinns de stora tjänsteområdena måltider och lokalvård. För specificering av vilken nivå på spannet (2 % eller 4 %) som gäller för respektive tjänst, se kapitel 2.
3. **Fast tjänsteöverenskommelse** är helt fast för ett år. Tjänsten faktureras med en månadstolftedel oavsett utfallsförbrukningen av tjänsten. Exempel är en överenskommen fast ekonomikonsulttjänst som framförallt används av mindre förvaltningar utan egen administrativ kapacitet.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Administrativa stödfunktionstjänster

Diarieservice

- Tjänsten innebär att ta emot, scanna, registrera, lämna ut & arkivera handlingar.
- Valbar tjänst som är ägarstyrd och som kostnadsfördelas till de förvaltningar som använder tjänsten och där regionbidrag inte lämnas till Regionservice för att utföra tjänsten. Övriga användande förvaltningar (där regionbidrag lämnas till Regionservice) får inte någon kostnadsfördelning men sänkt anslag motsvarande regionbidraget.
- En regional översyn görs av diariehanteringen, vilket kan påverka tjänstekonstruktionen under 2016.

Tjänste-ID Service

- Tjänsten omfattar hela beställningsprocessen av Tjänste-ID-kort.
- Valbar tjänst (på sikt obligatorisk och ägarstyrd men det kräver i så fall särskilt beslut) som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsten ses över under 2016.
- Styckdebitering per kort tillämpas under 2016.

Löneadministration

- Tjänsten innebär att hantera VGR:s löner utifrån den regionalt definierade processen för lönehantering.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Fakturerings tjänst

- Tjänsten innebär att hantera VGR:s kund- & leverantörsfakturor och patientfakturor utifrån den regionalt definierade processen för fakturahantering.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Redovisningstjänst

- Tjänsten inkluderar redovisningstjänst inklusive betalningsprocessen enligt regionalt fastställt gränssnitt om bastjänst och process.
- Tjänsten inkluderar också fakturahantering, redovisning och support till Marknadsplatsen.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd från och med 2016 och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar enligt särskild nyckel under 2016.
- Ny hantering av tjänsten kommer att tas fram inför 2017.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Interna konsulttjänster i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla interna konsulttjänster utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Interna konsulttjänster

- Tjänsten innebär att enligt överenskommelse med förvaltningen, tillhandahålla interna konsulter inom områdena projektledning, HR och ekonomi.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop per timme eller fast tjänsteöverenskommelse för tjänster som överenskommes på helårsbasis.

Fordonshanteringstjänster

Fordonsadministration i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla leasingfordon utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Leasingbil

- Tjänsten innebär att tillhandahålla leasingbilar för korttidsanvändning i VGR.
- Tjänsten innebär också att tillhandahålla skötselpaket för långtidsleasingbilar i VGR.
- Obligatorisk tjänst (om man som förvaltning avser att använda denna typ av tjänst) som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop per timme för korttidsleasing och styckavrop för per fordon och månad för långtidsleasing.

FM-servicetjänster (Facility management)

Effektiv arbetsplats

- Tjänsten innebär att leverera FM-tjänster i vårdlokaler & verksamhetslokaler enligt överenskommelse per objekt för förvaltningen. Tjänsten kan inkludera följande delmoment (beroende på förvaltningens behov och objektets förutsättningar):
 - Kontorsservice
 - Intern posthantering

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

- Skötsel av ex konferensrum, avdelningskök, omklädningsrum & jourrum
 - Intern avfallshantering
 - Interna och externa flytt-tjänster
 - Övrig arbetsplatsskötsel utifrån behov
- Valbar tjänst (på sikt obligatorisk men det kräver beslut) som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 4 % och pris per timme plus OB-tillägg enligt kollektivavtal uppdelat på tre priskategorier:
 - Utrustningsbaserade FM-tjänster
 - Lokalvårdsbaserade FM-tjänster
 - Övriga administrativa FM-tjänster
- Tjänsten ska på sikt prissättas utifrån funktion baserat på typ av ytor, kvadratmeter och serviceinnehåll. Detta kräver dock utvecklat systemstöd på Regionservice samt särskilt beslut.

Arbetsplatsservice

- Servicepaket för administrativa hus som innehåller:
 - Rena lokaler
 - Effektiv arbetsplats
 - Möbler & inventarier
- Obligatorisk tjänst om man som förvaltning finns i något av VGR:s administrativa hus och som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % tillämpas.

Patienttransporter

- Tjänsten innebär att transportera patienter inom sjukhuset.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 4 % och pris per timme plus OB-tillägg enligt kollektivavtal.

Informationsproduktion & tryckeritjänster

Informationsproduktion & tryckeritjänster i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla informationsproduktionstjänster och tryckeritjänster utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Tryck & distribution av handlingar till nämnder & styrelser

- Tjänsten innebär att trycka och distribuera handlingar till nämnder och styrelser enligt ordinarie mötesplan under året.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Fast tjänsteöverenskommelse och pris enligt faktisk självkostnad för förvaltningen.

Informationsproduktion

- Tjänsten innebär att enligt uppdrag från förvaltningen ta fram, producera och distribuera kommunikationsmaterial och originalarbeten.
- Obligatorisk tjänst (om man som förvaltning avser att använda denna typ av tjänst) som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop med pris per timme tillämpas.

Konferens- & mötestjänster

Konferenser & möten i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla konferens- och mötestjänster (bokning av interna och externa konferensanläggningar samt administration och/eller projektledning kring konferenser, seminarier, temadagar inom VGR) utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Konferens- & mötesarrangemang

- Tjänsten innebär att på uppdrag av förvaltningen genomföra hela processen kring konferens- och mötesarrangemang inklusive för- och efterarbete. Framförallt handlar det om bokning av interna och externa konferensanläggningar samt administration och/eller projektledning kring konferenser, seminarier, temadagar inom VGR.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop med pris per timme tillämpas.

Konferens- & mötescentrum

- Tjänsten innebär att tillhandahålla gemensamma dagkonferenslokaler i VGR, exempelvis Gullbergsvass konferens.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop enligt särskild prislista i SAMBO tillämpas.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Lokalvårdstjänster

Rena lokaler

- Tjänsten innebär att städning av vårdlokaler & övriga verksamhetslokaler. Tjänsteinnehållet för vårdlokaler baseras på riktlinjer för städkvalitet enligt beslut av regionfullmäktige.
- Obligatorisk tjänst som finansieras av förvaltningen.
- När tjänsten utförs i egen regi av Regionservice tillämpas tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % och pris per timme plus OB-tillägg enligt kollektivavtal.
- Tjänsten ska 2017 prissättas utifrån funktion baserat på typ av ytor, kvadratmeter och serviceinnehåll enligt beslut 2015- 12-17.
- När tjänsten utförs av externt upphandlad leverantör, görs debitering till förvaltningen enligt upphandlat avtal. Detta innebär så kallat 1 till 1-förhållande mellan kostnad gentemot upphandlad leverantör och kostnad som förvaltningen betalar.

Lokalvård via entreprenad i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla lokalvård via entreprenad inklusive avtalshantering och avtalsuppföljning.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till de förvaltningar som har lokalvård via externt upphandlad leverantör (entreprenad).

Tilläggstjänst: Rena vårdlokaler

- Tjänsten innebär att tillhandahålla vårdspecifika lokalvårdstjänster så som skötsel av sköljrum, slutstädning av vårdplatser, operationsstädning etc. och baseras på riktlinjer för städkvalitet, enligt beslut av regionstyrelsen.
- Valbar tjänst (på sikt obligatorisk men det kräver särskilt beslut) som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 4 % tillämpas med pris per timme plus OB-tillägg enligt kollektivavtal.

Övriga städtjänster vid behov

- Tjänsten innebär att utföra olika typer av vid behov-specifika lokalvårdstjänster och kan utföras i egen regi av Regionservice eller av upphandlad leverantör.
- Obligatorisk tjänst (om man som förvaltning avser att använda denna typ av tjänst) som finansieras av förvaltningen.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

- Styckavrop med debitering enligt faktisk självkostnad eller kostnad enligt upphandlat avtal tillämpas.

Materialförsörjningstjänster

Försörjning av material & textilier i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för materialförsörjning utifrån VGR:s behov. Här ingår samordning med inköpsprocessen, varuvägsval med tillhörande hantering & lagerhållning samt sortimentsutveckling.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till berörda förvaltningar. Kostnadsfördelningen görs på respektive tjänst; Rätt material i rätt tid & på rätt plats och Rena textilier i rätt tid & på rätt plats, då båda dessa tjänster också är ägarstyrda.

Rätt material i rätt tid & på rätt plats

- Tjänsten innebär att genomföra hela materielförsörjningsprocessen bestående av avrop, leverans- och godskontroll, sampackning samt extern & intern transport fram till avdelning/förråd. Läkemedelstransporter & transport av icke depåvaror görs från godsadress till leveransadress (från lastbrygga till avdelning/förråd).
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Sterilgodstransport

- Tjänsten innebär att tillhandahålla intern transport av sterilt gods från lastbrygga till avdelning/förråd.
- Obligatorisk tjänst för hälso- och sjukvård som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % tillämpas med pris per timme plus OB-tillägg enligt kollektivavtal.
- Tjänsten bör på sikt bli en del av tjänsten Rätt material i rätt tid & på rätt plats.

Tilläggstjänst: Påfyllning förråd - material

- Tjänsten innebär att kontrollera, beställa och fylla på material i förråd.
- Valbar tjänst (på sikt obligatorisk men det kräver särskilt beslut) som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % och pris enligt faktisk självkostnad för förvaltningen.

Rena textilier i rätt tid & på rätt plats

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

- Tjänsten innebär att genomföra hela textilförsörjningsprocessen bestående av avrop, tvätt & textilhantering, tillhandahållande av sterila textila flergångsprodukter samt extern & intern transport fram till avdelning & omklädningsrum & bortforsling av tvätt från omklädningsrum till tvätteriet.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till de förvaltningar som använder dels patienttextilier, dels personaltextilier eller båda delar.

Tilläggstjänst: Påfyllning av förråd - textilier

- Tjänsten innebär att kontrollera, beställa och fylla på textilier i förråd.
- Valbar tjänst (på sikt obligatorisk men det kräver särskilt beslut) som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % och pris enligt faktisk självkostnad för förvaltningen.

Tilläggstjänst: Profilkläder

- Tjänsten innebär att tillhandahålla och utveckla profilkläder.
- Valbar tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till de förvaltningar som använder tjänsten.

Patientmåltidstjänster

Försörjning av patientmåltider i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för att tillhandahålla patientmåltider samt leverans av livsmedel till vårdavdelningar, utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar som använder tjänsten patientmåltider (sjukhusen).

Vällagad och näringsriktig mat i rätt tid och på rätt plats (patientmåltider)

- Tjänsten innebär att enligt överenskommelse med servicemottagare tillhandahålla patientmåltidstjänster, inklusive transport till och från avdelning:
 - Frukost, lunch och middag på bricka eller i kantin
 - Specialkost på bricka eller i kantin
- Obligatorisk tjänst för sjukhusen och som finansieras av förvaltningen.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % tillämpas, prissättning per portion (inklusive transport) enligt prislista.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Posttjänster

Central posthantering

- Tjänsten innebär central hantering av ankommande & avgående post i VGR, inklusive portokostnad.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Restaurang- & cafétjänster

Catering

- Tjänsten innebär att leverera mat & dryck enligt beställningsbart utbud inklusive leverans till förbeställd plats. Kan utföras i egen regi av Regionservice eller av upphandlad leverantör.
- Obligatorisk tjänst (om man som förvaltning avser att använda denna typ av tjänst) som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop med debitering enligt prislista eller kostnad enligt upphandlat avtal tillämpas.

Transporttjänster

Budtransport

- Tjänsten innebär transport av diagnostiska prover till och från laboratorium, leverans och returer av post, paket, läkemedel mm till öppenvård och övriga regionverksamheter utanför sjukhusen samt borttransport av riskavfall (ADR).
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till hälften till samtliga förvaltningar och till hälften till samtliga vårdverksamheter.

Personaltransporter

- Tjänsten innebär att transportera personal mellan olika delar av verksamheten.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Kan utföras i egen regi av Regionservice eller av upphandlad leverantör.
- Tjänsteöverenskommelse med normalintervall 2 % enligt faktisk självkostnad alternativt kostnad enligt upphandlat avtal.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Övrig transporttjänst

- Tjänsten innebär att utföra olika typer av vid behov-specifika transporttjänster och kan utföras i egen regi av Regionservice eller av upphandlad leverantör.
- Obligatorisk tjänst (om man som förvaltning avser att använda denna typ av tjänst) som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop med debitering enligt faktisk självkostnad eller kostnad enligt upphandlat avtal tillämpas.

Utbildningstjänster

Utbildningssamordning i VGR

- Tjänsten innebär att upprätthålla en övergripande stödstruktur för utbildningssamordning i VGR inklusive gemensam kurskatalog, utifrån VGR:s behov.
- Obligatorisk tjänst som är ägarstyrd och kostnadsfördelas till samtliga förvaltningar.

Utbildningsinsatser

- Tjänsten innebär att på uppdrag av förvaltningen genomföra hela processen kring utbildningsarrangemang och utbildningsinsatser inklusive för- och efterarbete.
- Valbar tjänst som finansieras av förvaltningen.
- Styckavrop med pris per timme tillämpas.

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

3. Skillnad mellan ny & gammal tjänstestruktur samt mellan 2015 & 2016

I detta kapitel beskrivs på ett övergripande skillnader mellan de nya och gamla tjänsterna. Dessutom beskrivs förändringar i tjänsteutbudet mellan 2015 och 2016. Revidering av dokumentet gjordes 2015-12-17 då regiondirektören beslutade om ny reviderad prislista och tjänstekatalog

Skillnad mellan ny & gammal tjänstestruktur

Ny tjänst	Har ingått i (började) gamla tjänst/tjänster	Ny tjänst syfte, kommentar
Administrativa stödfunktionstjänster		
Diarieservice	Diarieservice	För närvarande pågår regional översyn av diariehanteringen, konstruktionen kan komma att ändras 2016.
Tjänste-ID Service	Tjänste-ID Service	Tjänsten ses över under 2016.
Löneadministration Revidering gjord 2015-12-17 (pensionshantering är en tilläggstjänst under 2016)	Löneservice	Tjänsten ses över 2016 gällande pensionsservice. Pensionsservice ingår efter beslut från 2017.
Fakturerings-tjänst	• Ekonomiservice, faktura • Ekonomiservice, patientfaktura	
Redovisningstjänst	Ekonomiservice, redovisning	Innehåller redovisning enligt beslut om nytt gränssnitt mars 2015 och redovisning och support för Marknadsplatsen. Tjänsten ses över 2016.
Interna konsulttjänster i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR kontinuerligt har tillgång till kostnadseffektiva interna konsulttjänster. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Interna konsulttjänster	Konsulttjänster	
Fordonshanteringstjänster		
Fordonsadministration i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR kontinuerligt

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

		har en kostnadseffektiv struktur för hantering av VGR:s fordon. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Leasingbil	Leasingbilar	

Ny tjänst	Handläggare/förhållande samt tjänst/tjänster	Ny tjänst/syfte/kommentar
FM-servicetjänster		
Effektiv arbetsplats	- Arbetsplatsservice/ Boka-central - Arbetsplatsservice/SU:s Konferens/Receptionsservice - Internlogistik - Servicetjänster	Samlingstjänst för samtliga lokalerorienterade servicetjänster, undantaget lokalvård/städ. Syftet är att underlätta och tydliggöra för förvaltningen vilken lokalrelaterad service som tillhandahålls, oavsett typ av verksamhet eller lokal.
Arbetsplatsservice	Arbetsplatsservice	Normalintervall med 2 % fastställt 2015
Patienttransporter	Internlogistik	
Informationsproduktion & tryckeritjänster		
Informationsproduktion och tryckeritjänster i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR har en kostnadseffektiv struktur för framtagning och produktion av informations- och kommunikationsmaterial. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Tryck och distribution av handlingar till nämnder och styrelser	Repro, Tryckeri, Adress	
Informationsproduktion	Repro, Tryckeri, Adress	
Konferens- & mötestjänster		
Konferenser och möten i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR har en kostnadseffektiv struktur för att tillhandahålla konferens- och

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

		mötestjänster. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Konferens- och mötesarrangemang	Utbildning/konferens	
Konferens- & mötescentrum	Gullbergsvass konferens	

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Ny tjänst	Behov av tjänst/Behovsgrad Tjänst/Tjänster	Ny tjänst med syfte/komplement
Lokalvårdstjänster		
Rena lokaler	Lokalvårdsabonnemang	
Lokalvård via entreprenad i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR kontinuerligt hanterar externt utförda lokalvårdstjänster inklusive avtalshantering och avtalsuppföljning. Den fasta kostnaden för stödstrukturen finns här (OH). Debiteras de förvaltningar som har lokalvård på entreprenad via upphandlad leverantör.
Tilläggstjänst: Rena vårdlokaler	Lokalvårdsabonnemang	
Övriga städtjänster vid behov	• Lokalvårdsabonnemang • Övrig rörligt Lokalvård	
Materialförsörjningstjänster		
Försörjning av material och textilier i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR har en kostnadseffektiv struktur och process för att tillhandahålla material till VGR:s verksamheter. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Rätt material i rätt tid och på rätt plats (inkl. läkemedelstransporter och icke depåvaror)	• Internlogistik • Depå abonnemang • Depå övriga avgifter	
Tilläggstjänst: Påfyllning förråd material	MiV (Material i vården) Övrig FM-tjänst	
Sterilgodstransport	• Internlogistik	
Rena textilier i rätt tid och på rätt plats	• Textilier • Internlogistik	
Tilläggstjänst: Påfyllning förråd textilier	MiV (Material i vården) Övrig FM-tjänst	
Tilläggstjänst: Profilkädder	• Textilier	

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Ny tjänst	Existerande tjänst/gamla tjänst/tjänster	Ny tjänst syfte, kommentar
Patientmåltidstjänster		
Försörjning av patientmåltider i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR kontinuerligt har en kostnadseffektiv struktur och process för att tillhandahålla patientmåltider. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset. Inkluderar också leverans av livsmedel till avdelning på sjukhus.
Vällagad och näringsriktig mat i rätt tid och på rätt plats	Patientmåltider	Rågårdens patientmåltider (SU) ingår enligt beslut 2015-12-17
Posttjänster		
Central posthantering	Postala tjänster	Porto ingår också i tjänsten, kommer inte att transfereras som tidigare.
Restaurang- och kafétjänster		
Catering	Catering	
Transporttjänster		
Budtransport	Bud- och turbilar	
Personaltransporter	Internlogistik	
Övrig transporttjänst	Internlogistik	
Utbildningstjänster		
Utbildningssamordning i VGR	-	Ny ägarstyrd tjänst med syfte att säkerställa att VGR kontinuerligt har en kostnadseffektiv struktur för att tillhandahålla utbildningstjänster. Fast kostnad för stödstrukturen finns här (OH), belastar inte styckpriset.
Utbildningsinsatser	Utbildning/konferens	

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Skillnader mellan 2015 & 2016

Tjänst & sidnummer i dokumentet	Ändring
Fakturerings tjänst, s 6	Tjänsten består nu endast av två delar istället för tidigare tre delar; Kund- & leverantörsfakturer samt Patientfakturer. Detta är en förenkling enligt styrmodellens principer.
Redovisningstjänst, s 6	Tjänsten är nu ägarstyrd enligt fastställt regiongemensamt gränssnitt. Tjänsten ses över 2016. Kostnadsfördelas enligt särskild fördelningsnyckel (bedömd resursåtgång per förvaltning) 2016 då antal anställda inte anses vara adekvat.
Arbetsplatsservice, s 8	Ny förtydligad tjänst i tjänstekatalogen, som har använts under 2015 även om den inte har funnits med i tjänstekatalogen. Är en anpassning till aktuellt tjänstebehov. Normalintervall 2 % tillämpas.
Konferens- & mötescentrum, s 9	Ny förtydligad tjänst i tjänstekatalogen, som har använts under 2015 även om den inte har funnits med i tjänstekatalogen. Avser Gullbergsvass konferens och liknande anläggningar.
Sterilgodstransport, s 11	Ny förtydligad tjänst i tjänstekatalogen som har använts under 2015 även om den inte har funnits med i tjänstekatalogen. Bör på sikt ingå i tjänsten Rätt material i rätt tid på rätt plats men ligger av praktiska och tekniska skäl som en egen tjänst 2016.
Rätt material i rätt tid & på rätt plats, s 11	Förtydligande av tjänsteinnehåll
Rena textilier i rätt tid & på rätt plats, s 11	Förtydligande av tjänsteinnehåll
Tilläggs tjänst: Profilkläder	Ny tjänst i tjänstekatalogen, vilket är en anpassning till aktuellt tjänstebehov.
Vällagad och näringsriktig mat i rätt tid och på rätt plats, s 12	Förtydligande av tjänsteinnehåll, revidering av portionspriser 2015-12-17. Matvagnstransport till avdelning ingår numera i styckpriset
Tjänster som inte ingår i internhandeln/tjänstekatalogen och som utförs av Regionsservice enligt särskilda uppdrag från ägare, enskild förvaltning eller extern part, s 21	Drift av restauranger, caféer och kiosker i vårdlokaler är inte längre en tjänst i tjänstekatalogen utan ett särskilt uppdrag från Koncernkontoret. Pensionshantering (uppdrag från koncernkontoret) ska ingå i tjänstekatalogen från 2017 (efter beslut).

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

	Inköp ingår inte längre i Regionservice. Lönehantering politiker är nytt uppdrag från Koncernkontoret.
--	--

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

5. Särskilda uppdrag som inte omfattas av internhandeln

Förutom de tjänster som har presenterats i föregående avsnitt har också Regionservice ett antal särskilda uppdrag från olika förvaltningar. Dessa levereras enligt överenskommelse med uppdragsgivaren, debiteras enligt självkostnad och omfattas inte av internhandeln.

Drift av restauranger, caféer och kiosker i vårdlokaler

Uppdragsgivare: Koncernkontoret

Hantering av regionalt adressregister

Uppdragsgivare: Koncernkontoret

Pensionshantering

Uppdragsgivare: Koncernkontoret

Lönehantering politiker

Uppdragsgivare: Koncernkontoret

Sjukreseadministration

Uppdragsgivare: Koncernstab Hälso- och sjukvård

Telefoniservice - bemanning av telefonväxlar

Uppdragsgivare: VGR IT

Centrum Läkemedelsnära produkter

Uppdragsgivare: Koncernstab Hälso- och sjukvård + 49 kommuner i VGR

Hjälpmedelshantering

Uppdragsgivare: Koncernstab Hälso- och sjukvård + 49 kommuner i VGR

Lagerhållning och distribution av läkemedelsnära produkter till diabetes- och stomipatienter (Skövdedepån)

Uppdragsgivare: Koncernstab Hälso- och sjukvård

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Bilaga 1.

Lathund prislista 2016 (revision av portionspriser för patientmåltider 2015-12-17)

Administrativa stödfunktionstjänster

Interna konsulttjänster inkl. redovisningstjänst

Senior projekt/programledare	700 kr per timme
Senior projektledare	650 kr per timme
Projektledare	600 kr per timme
Senior HR-konsult/specialist/HR-chef	650 kr per timme
Senior HR-konsult/specialist	550 kr per timme
HR-konsult	500 kr per timme
Controller	550 kr per timme
Redovisningsekonom/systemadministratör	550 kr per timme
Ekonom	450 kr per timme
Ekonomiassistent	380 kr per timme
Assistent	380 kr per timme
Tillägg för många resor i uppdraget	50 kr per timme

Tjänste-ID Service	665 kr per kort
---------------------------	-----------------

FM-servicetjänster

Effektiv arbetsplats

Se nedanstående timpriser per delkategori av tjänsten:

Utrustningsbaserade FM-tjänster	338 kr per timme + OB-tillägg
Lokalvårdande FM-tjänster	290 kr per timme + OB-tillägg
Övriga administrativa FM-tjänster	299 kr per timme + OB-tillägg

Arbetsplatsservice	22 100 kr per arbetsplats
---------------------------	---------------------------

Patienttransporter	318 kr per timme + OB-tillägg
---------------------------	-------------------------------

Fordonshanteringstjänster

Leasingbil korttid	78 kr per timme
---------------------------	-----------------

Leasingbil långtid, servicenivå 1	382 kr per månad
--	------------------

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Leasingbil långtid, servicenivå 2	956 kr per månad
Informationsproduktion & tryckeritjänster	
Tryck & distribution av handlingar till nämnder/styrelser	Enligt faktisk självkostnad
Tryckeritjänster	Se särskild prislista tryckeri, web
Informationsproduktion	544 kr per timme
Konferens- & mötestjänster	
Konferens- & mötesarrangemang	413 kr per timme
Lokalvårdstjänster	
Rena lokaler	290 kr per timme + OB-tillägg
Rena vårdlokaler	290 kr per timme + OB-tillägg
Entreprenadstäd	Enligt upphandlat avtal
Övriga städtjänster	Enligt upphandlat avtal
Materialförsörjningstjänster	
Tilläggstjänst Påfyllning förråd material	Enligt faktisk självkostnad
Tilläggstjänst Påfyllning förråd textilier	Enligt faktisk självkostnad
Sterilgodstransport	338 kr per timme

2015-12-17

Komplement till SÖK 2016, reviderad version 1.1

Handläggare Lennart Ryler/Bodil Nielsen

Koncernkontoret

e-post: lennart.ryler@vgregion.se, bodil.nielsen@vgregion.se

Patientmåltidstjänster

Vällagad och näringsriktig mat i rätt tid och på rätt plats

Frukost bricka	47,75 kr per portion
Frukost kantin	39,41 kr per portion
Lunch patient bricka	68,65 kr per portion
Lunch patient kantin	62,46 kr per portion
Middag bricka	66,58 kr per portion
Middag kantin	56,90 kr per portion
Specialkost Frukost	65,89 kr per portion
Specialkost Lunch	77,64 kr per portion
Specialkost Middag	68,72 kr per portion

Restaurang- & cafétjänster

Catering	Se särskild prislista catering, web
Transporttjänster	
Personaltransporter	Enligt självkostnad eller upphandlat avtal
Övrig transporttjänst	417 kr per timme
Utbildningstjänster	
Utbildningsinsatser	413 kr per timme

Brev

Datum 2015-12-14

Diarienummer RS 3793-2014

Västra Götalandsregionen

Koncernkontoret

Handläggare: Bodil Nielsen

Telefon: 0705- 275 285

E-post: bodil.nielsen@vgregion.se

Till kundrådet för intern service

Förtydligande av Regionservice redovisningstjänst, patientmåltider och löne-och pensionsservice och orsak till reviderade priser 2016.

Sammanfattning

Priser och innehåll i tjänsterna redovisning, pensionsservice och patientmåltider är genomlysta av Regionservice och koncernkontoret på uppdrag av kundrådet för intern service 2015-11-18. Regiondirektörens beslut om att revidera prislistan 2016 från 2015-09-29 kommer att grunda sig på följande beskrivningar och beslut.

Redovisningstjänsten

Fakta och beslut om redovisningstjänsten

Redovisningstjänsten är i sin helhet ägarstyrd. Enligt styrmodellen ska då debiteringen för tjänsten utgå från antalet anställda per förvaltning. Då denna fördelning inte ansågs vara adekvat i förhållande till vad förvaltningarna får tillbaka i form av redovisningsservice, ombads Regionservice att återkomma med annan fördelningsprincip.

Förslaget till ändrad fördelningsprincip för tjänsten till kundrådet 2015-11-18 var att den utgår från av Regionservice bedömd nerlagd tid per förvaltning.

Beslut: Bedömd nerlagd tid per förvaltning ska användas som fördelningsprincip för redovisningstjänstens alla delar under 2016. Fördelningsprincipen ses över inför prislistan 2017.

Det nya gränssnittet för redovisning

Ekonomidirektören fattade beslut om nytt gränssnitt för redovisningsprocessen mellan Regionservice och förvaltningarna i mars 2015. Beslutet utgör en basnivå och ska genomföras under 2015. Ett förslag finns från Regionservice på vilka kontroller som ska ingå i gränssnittet men är ännu inte fastställt. Det är inte

internkontroll det handlar om utan kontroller av redovisning, utbetalningar, kassarapporter med mera.

Beslut: Det som tidigare har benämnts som "utökad internkontroll" i redovisningstjänsten utgår. Kostnaden beräknades till totalt 1, 8 miljoner kronor i prislistan 2015-09-29. För förvaltningarna innebär beslutet en reduktion av kostnaden för tjänsten redovisning.

Regionservice har också på uppdrag från kundrådet 2015-11-18 jämfört förvaltningarnas tidigare resurser med egna nuvarande resurser för de aktiviteter som ska utföras enligt det nya gränssnittet. Jämförelsen har gjorts tillsammans med förvaltningarna. En slutavstämning är ännu inte gjord för tre förvaltningar. Regionservice bedömer ändå att man kan minska kostnaderna med 1 miljon kronor 2016 vilket motsvarar cirka 2 tjänster.

Beslut: Regionservice kostnader minskas med 1 miljon kronor genom ytterligare effektivisering av tjänsten 2016. För förvaltningarna innebär beslutet en reduktion av kostnaden för tjänsten redovisning.

Redovisning Marknadsplatsen (e-handel).

I samband med att IT-stödet Marknadsplatsen infördes som Västra Götalandsregionens e-handelsstöd och elektronisk fakturering upprättades även support- och stöd för tjänsten inom Regionservice. Tjänsten innehåller följande delar:

- 2: a linjens support (fakturahantering)
- Felhantering (fakturer, attester)
- Filhantering
- Rätt redovisning i Raindance

Resurser Regionservice: 4 tjänster, support upprätthålls 8 timmar/dag.

Eftersom en stor del av tjänsten innehåller redovisningsfrågor är det enligt styrmodellens principer rimligt att lägga ihop den med redovisningstjänsten. Tjänsten ingår inte i beslut om gränssnittet för redovisning eller fakturahantering. Denna tjänst har utförts av Regionservice sedan Marknadsplatsen infördes 2011.

Beslut: Tjänsten är ägarstyrd och ingår i prislistan för redovisningstjänsten från och med 2016. Fördelningsprincipen är enligt Regionservice bedömda tidsuppskattning per förvaltning. Motivet är att inga fria nyttigheter får finnas och att principen för tjänsterna i styrmodellen är att lägga ihop flera tjänster till en tjänst.

Löneservice och pensionsservice

Till den befintliga tjänsten löneservice har pensionsservice lagts till inför 2016 enligt principen att slå ihop flera tjänster till en tjänst och att inga fria nyttigheter får finnas. Regionservice har utfört tjänsten i många år på uppdrag av koncernkontoret och har ingått i koncernkontorets serviceöverenskommelse. I

tjänsten ingår pensionsservice till Västra Götalandsregionens samtliga förvaltningar och anställda.

Beslut: Under 2016 kommer pensionstjänsten finansieras av koncernkontoret som tidigare. Tjänsten görs om till tilläggstjänst, det vill säga en beställning från koncernkontoret till Regionservice, utanför ordinarie serviceöverenskommelse. Motivet är att inte ytterligare belasta förvaltningarna ekonomiskt under 2016. Från och med 2017 kommer tjänsten att vara ägarstyrd och ingå i tjänsten löneservice enligt styrmodellens principer.

Patientmåltider

Priset för 2016 (beslutat 2015-09-29) innehöll förutom driftsättning av nya kök även fasta kostnader som inte försvinner trots Regionservice prognos om färre måltidsportioner 2016. I dessa kostnader fanns även kostnader för personal. En del av dessa fasta kostnader innehöll också ökning av andelen ekologiska livsmedel för 2016. Priset innebar en ökning med 6,99 % jämfört med 2015 enligt nedan:

- Driftsättning nya kök: 1,78 kr/portion (3,2 %)
- Fasta kostnader (exkl. personal) som inte försvinner trots minskad volym: 0,94 kr/portion (1,6 %) (andel ekologiska livsmedel ska öka 2016 enligt beslut till 36 %)
- Fast kostnad (personalkostnad) som inte försvinner 2016 trots minskad volym: 0,82 kr/portion (1,5 %) Ska på sikt försvinna då omställning är klart efter ombyggnation.
- Index (netto): 0,7 %
- Sänkt volym med 76 000 portioner 2016

Totalt: 6,99 % ökat pris jämfört mot 2015

På uppdrag av kundrådet i oktober 2016 ska fasta kostnader som inte försvinner trots prognos om färre måltidsportioner 2016, tas bort. Förslaget till kundrådet 2015-11-18 innehöll då dessa kvarvarande poster:

- Driftsättning nya kök: 1,78 kr/portion (3,2 %)
- Ökning av ekologiska livsmedel: 0,89 kr/portion (1,5 %)
- Index (netto): 0,7 %

Då var alla fasta kostnader inklusive personal borttagna men ökningen av ekologiska livsmedel låg kvar.

Totalt: 5,4 % ökat pris jämfört med 2015.

Kundrådet diskuterade 2015-11-18 om ytterligare reducering av kostnader 2016 kunde göras för ekologiska livsmedel. Det kan motiveras av att Västra Götalandsregionen mål för ekologiska livsmedel 2016 ser ut att nås. Regionservice interna ambition och bidrag till måluppfyllelse för 2016 kan sänkas med ytterligare 1,5 %, från 36 % till 34,5 %. Det motsvarar en reducering av portionskostnaden från 0,89 kr/portion till 0,45 kr.

Ekologiska livsmedel finansieras 2016 dels med regionbidrag 3 miljoner och dels får förvaltningarna betala.

Beslut: Måltidspriset sänks enligt det nya underlaget 2015-11-18 men med minskad ambition för andelen ekologiska livsmedel för 2016. Motivet är att prognosen är god för regional måluppfyllelse av andelen ekologiska livsmedel 2016. Således:

- Driftsättning nya kök: 1,78 kr/portion (3,2 %)
- Ekologiska livsmedel 0,45 kr/portion (0,8 %)
- Index (netto): 0,7 %

Totalt: 4,7 % ökat pris jämfört mot 2015

Alla ovanstående beslut är förankrade hos regiondirektören.

Regionservice kommer att arbeta om det ekonomiska underlaget till serviceöverenskommelsen 2016 och sända ut till förvaltningarna så snart beslut har fattats om reviderad prislista.

Joakim Björck
ekonomidirektör

Beslutsärende 7

Hemställan om regiongemensam produktionsstyrning
höft- och knäledsproteser, SkaS Lidköping.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-19

Diarienummer SkaS 84-2014

Förvaltningskontoret

Handläggare: Annika Larsson

Telefon: 0709 37 41 89

E-post: annika.ma.larsson@vgregion.se

Till sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus

Utökat uppdrag ledplastiker- Skaraborgs Sjukhus Lidköping

Förslag till beslut

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) föreslår regionstyrelsen besluta att

1. Fastställa reviderad volym för SkaS knä- och höftledsplastiker år 2018 till 1 300 akuta och planerade, varar ca 960 operationer ska genomföras vid SkaS Lidköping.
2. Utveckla system för patientflöden och fördelning av remisser avseende ledplastiker.
3. Långsiktig finansiering för den utökade ledplastikverksamheten på SkaS Lidköping fastställs.
4. Ersättning för kostnader i samband med uppstart av verksamheten äskas hos regionstyrelsen med ett belopp av 2 500 tkr.

Sammanfattning av ärendet

Varierande tillgänglighet och kvalitet mellan regionens sjukhus och den prognostiserade demografiska utvecklingen innebär stora utmaningar som kräver att regionens samtliga sjukhus ses som en samlad resurs. Syftet är att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten, ge en likvärdig och jämlik vård och att inom befintliga resurser öka volymen inom berörda diagnosområden.

Regionstyrelsen ställde sig i december 2013 bakom principförslaget ”Regiongemensam produktionsstyrning – mer och bättre vård med mer gemensam styrning.” I förslaget föreslås SkaS Lidköping bli ett högvolymcentrum för ledplastiker. SkaS har nu genom en förstudie och riskanalyser noggrant bedömt förutsättningarna för genomförandet. Ett fortsatt arbete kräver att förutsättningarna kring volymer, patientflöden och finansiering fastställs av regionstyrelsen. SkaS äskar också medel för de kostnader som uppkommer i samband med uppbyggnaden av verksamheten.

Volym

Valentinrapportens prognos på förväntat behov av knä- och höftledsplastiker år 2020 i VGR var 5800 operationer. Efter genomgång av verkliga volymer till och med år 2015 bedömer SkaS att det totala behovet kommer att stanna på ca 5 400 akuta och planerade ledplastikoperationer. Efter diskussioner med koncernkontoret föreslår styrelsen för SkaS att SkaS totalt ska göra 1 300 ledplastiker varav ca 960, istället för 1 600, vid SkaS Lidköping.

Fördelning av remisser, patientflöden

Regionen behöver utveckla och fatta beslut om ett system för styrning av patientflöden för att säkra att det finns patienter att operera vid SkaS Lidköping. För att styra patientflöden krävs en standardiserad process och ett standardiserat remissförfarande.

Finansiering

För att SkaS ska kunna ta på sig ett så viktigt utökat uppdrag krävs en långsiktig hållbar finansiering.

Uppstartskostnader

För att kunna starta upp verksamheten 2018 krävs ersättning för vissa uppstartskostnader. Det gäller projektledning, läkarmedverkan, medverkan av övrig personal, rekryteringskostnader, utveckling av ledplastikprocessen och utveckling av forskningsplattform.

Lars Johansson
Förvaltningschef

Annika Larsson
Utvecklingschef

Beslutet skickas till

- Regionstyrelsen

Beslutsärende 8

Uppföljning internkontroll.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-12

Diarienummer SkaS 20-2015

Administrativa enheten

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Uppföljningsplan 2016

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fastställer uppföljningsplan för 2016.

Sammanfattning av ärendet

Den 3 dec 2015 fastställde styrelsen en plan för intern kontroll under 2016 och gav sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram en uppföljningsplan.

Många av kontrollerna inom ramen för SkaS internkontroll rör fokusområden och prioriterade aktiviteter i SkaS verksamhetsplan för 2016. För att undvika dubbelarbete föreslås att uppföljning enligt plan för intern kontroll så långt som möjligt samordnas med uppföljningen av verksamhetsplanen. Eftersom formerna för uppföljningen av verksamhetsplanen inte är helt klara ännu anges i uppföljningsplanen *enligt uppföljning av verksamhetsplanen* för aktuella kontrollområden.

I övrigt sker rapportering till förvaltningschefen senast den sista dagen i den månad som anges i uppföljningsplanen.

Rapportering av genomförda kontroller görs skriftligen till förvaltningschefen. Enligt SkaS riktlinje för intern kontroll (SkaS 262-2011) ansvarar förvaltningschefen för att löpande rapportera till styrelsen hur arbetet med den interna kontrollen fungerar.

Av internkontrollplanen framgår vem som ansvarar för att respektive kontroll genomförs och rapporteras. Petter Hjalmarsson på administrativa enheten är administrativt stöd vid uppföljningen.

Lars Johansson
Förvaltningschef

Madelén Schöldberg
Administrativ chef

Bilaga

1. Uppföljningsplan 2016
2. Plan för intern kontroll 2016

Beslutet skickas till

Till uppföljningsansvariga för genomförande:

- Jörgen Thorn, jorgen.thorn@vgregion.se
- Åsa Ranbro Jansson, asa.ranbro@vgregion.se
- Sigmar Gericke, sigmar.gericke@vgregion.se
- Maria Söderberg, maria.katarina.soderberg@vgregion.se
- Lisbeth Berglund Åkerstedt, lisbeth.akerstedt@vgregion.se
- Jane Johansson, jane.g.johansson@vgregion.se
- Annika Larsson, annika.ma.larsson@vgregion.se
- Marga Brisman, marga.brisman@vgregion.se
- Stefan Håkansson, stefan.hakansson@vgregion.se
- Christer Printz, christer.printz@vgregion.se
- Svante Lifvergren, svante.lifvergren@vgregion.se
- Elisabeth Kenne Sarenmalm, elisabeth.kenne.sarenmalm@vgregion.se
- Carina Karlsson, carina.e.karlsson@vgregion.se
- Hans Halén, hans.halen@vgregion.se
- Eva Sundström, eva.sundstrom@vgregion.se
- Madelén Schöldberg, madelen.scholdberg@vgregion.se
- Peder Yderhag, peder.yderhag@vgregion.se
- Petter Hjalmarsson, petter.hjalmarsson@vgregion.se

Uppföljningsplan 2016

Nämnd/styrelse: Skaraborgs Sjukhus

Gäller år: 2016

Dnr: SkaS 20-2015

Fastställd av sjukhusstyrelsen 2016-01-28

Uppföljningsplan 2016

Kontrollområde	Åtgärd	Funktion som ansvarar för åtgärden	Omfattning	Månad som uppföljningen ska rapporteras till förvaltningschefen
Ekonomi i balans	Kontrollera att åtgärdsplan för ekonomi i balans följs.	Ekonomichef	Övergripande uppföljning	Månadsvis
Ekonomi i balans	Följa upp SkaS ekonomiska resultat.	Ekonomichef	Övergripande uppföljning	Månadsvis
Minska klimatutsläpp och miljöpåverkan	Uppföljning enligt SkaS miljöledningssystem.	Miljöcontroller	<i>Ledningens genomgång</i> enligt miljöledningssystemet	December
Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri	Kontrollera att plan för utredningsteam för neuropsykiatriska utredningar genomförs.	Ansvarig verksamhetschef	Övergripande uppföljning	April Oktober
Genomföra den regionala psykiatriplanen	Kontrollera att den regionala psykiatriplanen genomförs.	Ansvarig verksamhetschef	Övergripande uppföljning	Mars September
Utveckla produktions- och kapacitetsplanering inom SkaS	Kontrollera att plan för införande genomförs.	Utvecklingschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Tillgång till vårdplatser	Kontrollera att beslut kopplade till vårdplatsutredning verkställs.	Chefläkare	Övergripande uppföljning	Mars Juni Oktober December
Patientflöden	Kontrollera att SkaS har effektiva patientprocesser.	Kvalitetschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården	Ta fram handlingsplan för personcentrerad vård.	Verksamhetschef FoU	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Förbättra akutvårdkedjan	Kontrollera att handlingsplan för en förbättrad akutvårdkedja genomförs.	Ansvariga verksamhetschefer	Övergripande uppföljning	April Oktober
Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	Ta fram plan för kontroll av att patientsäkerhetsplanen genomförs.	Chefläkare	Ta fram plan för kontroll	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen

Kontrollområde	Åtgärd	Funktion som ansvarar för åtgärden	Omfattning	Månad som uppföljningen ska rapporteras till förvaltningschefen
Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	Kontrollera att patientsäkerhetsplanen genomförs.	Chefläkare	Enligt plan för kontroll	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning	Ta fram handlingsplan för en säkrare läkemedelsanvändning.	Chefläkare	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning	Kontrollera att åtgärdsplan för en säkrare läkemedelsanvändning genomförs.	Chefläkare	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Skapa ett sammanhållet vårdssystem	Kontrollera att projektplan för mobil närvård följs.	Stf sjukhusdirektör	Övergripande uppföljning	Mars September
Skapa ett sammanhållet vårdssystem	Kontrollera att projektplan för omstart psykiatri följs.	Stf sjukhusdirektör	Övergripande uppföljning	April Oktober
Satsa på ledarskap	Ta fram riktlinje för chefers ansvar och beslutsbefogenheter.	Administrativ chef	Ta fram riktlinje	Maj
Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt	Kontrollera att SkaS strategi för kompetens- och uppgiftsväxling genomförs.	Utvecklingschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Kompetensförsörjning	Ta fram en samlad plan för kompetensförsörjning.	HR-chef	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Arbetsmiljö och sjukfrånvaro	Ta fram en plan för förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro.	HR-chef	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljning av verksamhetsplanen
Intern kontroll	Ta fram plan för utveckling av intern kontroll under 2016.	Administrativ chef	Ta fram plan	Mars

Plan för intern kontroll

Nämnd/styrelse: Skaraborgs Sjukhus

Gäller år: 2016

Dnr: SkaS 20-2015

Fastställd av sjukhusstyrelsen 2015-12-03 § 52

Plan för intern kontroll för Skaraborgs Sjukhus

Planen följer de riktlinjer för intern kontroll enligt kommunallagen som regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen fastställt. Riskanalyser genomförs som underlag till planen.

Kontrollområde	Åtgärd	Funktion som ansvarar för åtgärden	Omfattning	Tidplan	Chef/ansvarig som åtgärden rapporteras till
Ekonomi i balans	Kontrollera att åtgärdsplan för ekonomi i balans följs.	Ekonomichef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Ekonomi i balans	Följa upp SkaS ekonomiska resultat.	Ekonomichef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Minska klimatutsläpp och miljöpåverkan	Uppföljning enligt SkaS miljöledningssystem.	Miljöcontroller	<i>Ledningens genomgång</i> enligt miljöledningssystemet	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri	Kontrollera att plan för utredningsteam för neuropsykiatriska utredningar genomförs.	Ansvarig verksamhetschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Genomföra den regionala psykiatriplanen	Kontrollera att den regionala psykiatriplanen genomförs.	Ansvarig verksamhetschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Utveckla produktions- och kapacitetsplanering inom SkaS	Kontrollera att plan för införande genomförs.	Utvecklingschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Tillgång till vårdplatser	Kontrollera att beslut kopplade till vårdplatsutredning verkställs.	Chefläkare	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Patientflöden	Kontrollera att SkaS har effektiva patientprocesser.	Kvalitetschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården	Ta fram handlingsplan för personcentrerad vård.	Verksamhetschef FoU	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Förbättra akutvårdkedjan	Kontrollera att handlingsplan för en förbättrad akutvårdkedja genomförs.	Ansvariga verksamhetschefer	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef

Kontrollområde	Åtgärd	Funktion som ansvarar för åtgärden	Omfattning	Tidplan	Chef/ansvarig som åtgärden rapporteras till
Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	Ta fram plan för kontroll av att patientsäkerhetsplanen genomförs.	Chefläkare	Ta fram plan för kontroll	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner	Kontrollera att patientsäkerhetsplanen genomförs.	Chefläkare	Enligt plan för kontroll	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning	Ta fram handlingsplan för en säkrare läkemedelsanvändning.	Chefläkare	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning	Kontrollera att åtgärdsplan för en säkrare läkemedelsanvändning genomförs.	Chefläkare	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Skapa ett sammanhållet vårdssystem	Kontrollera att projektplan för mobil närvård följs.	Stf sjukhusdirektör	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Skapa ett sammanhållet vårdssystem	Kontrollera att projektplan för omstart psykiatri följs.	Stf sjukhusdirektör	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Satsa på ledarskap	Ta fram riktlinje för chefers ansvar och beslutsbefogenheter.	Administrativ chef	Ta fram riktlinje	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt	Kontrollera att SkaS strategi för kompetens- och uppgiftsväxling genomförs.	Utvecklingschef	Övergripande uppföljning	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Kompetensförsörjning	Ta fram en samlad plan för kompetensförsörjning.	HR-chef	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Arbetsmiljö och sjukfrånvaro	Ta fram en plan för förbättrad arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro.	HR-chef	Ta fram handlingsplan	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef
Intern kontroll	Ta fram plan för utveckling av intern kontroll under 2016.	Administrativ chef	Ta fram plan	Enligt uppföljningsplan	Förvaltningschef

Beslutsärende 9

Utveckling psykiatri och närsjukvård.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-20

Diarienummer SkaS 238-2013

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Eva Sundström

Telefon: 070 240 1713

E-post: eva.sundstrom@vgregion.se

Till sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus

Uppdrag utveckling psykiatri och närsjukvård

Förslag till beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen kring uppdraget för utveckling psykiatri och närsjukvård

Sammanfattning av ärendet

I samband med vårens utredning och beslut kring förändrad placering för heldygnsvård vuxenpsykiatri Skaraborg konstaterades att det behövs en omstart på området specialistpsykiatri, både vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Då vården behöver beskrivas och utvecklas på alla vårdnivåer utvecklades uppdraget till att även omfatta närsjukvården. Uppdraget benämndes ”Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet”. Arbetet har gjorts tillsammans mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Följande utgångspunkter för arbetet togs upp på politiska styrgruppen i december:

Utgångspunkter för Närsjukvårdscentrum Skaraborg

Närsjukvårdscentra Mariestad

- Närsjukvårdsteam
 - Möjlighet till inläggning
- Palliativt team
- Återupprättning 48/72 tim
- Avdelning
- Gemensam mottagning

Närsjukvårdscentra Falköping

- Närsjukvårdsteam
 - Möjlighet till inläggning
- Palliativt team
- Återupprättning 48/72 tim
- Avdelning
- Mottagning/Dagvård

Närsjukvårdscentra Lidköping

- Närsjukvårdsteam – möjlighet till inläggning
- Palliativt team – möjlighet till inläggning
- Avdelning
- Återuppringning 48/72 tim
- Omsorgskoordinator utifrån regionens akutvårdssatsning

Närsjukvårdscentra Skövde

- Närsjukvårdsteam
- Palliativt team
- Palliativ avdelning
- Återuppringning 48/72 tim
- Omsorgskoordinator på akutmottagning utifrån regionens akutvårdssatsning – tillträde jan 2015

För samordning av närsjukvårdverksamheterna har det utsetts tre operativa ledningsgrupper där ordförandeskapet leds av tre vård- och omsorgschefer eller motsvarande befattningar inom kommunerna.

Inom Skaraborgs Sjukhus finns det fokusgrupper för psykiatri och för närsjukvård – förslag har tagits fram att dessa arbetsgrupper slås samman för en ökad samverkan av verksamheterna.

Utgångspunkter för utveckling psykiatri Skaraborg

Utvecklingen av den psykiatriska verksamheten sker inom två huvudområden –

- Intern utveckling av specialistpsykiatri utifrån lokalt utvecklingsarbete och anpassning av den regionala utvecklingsplanen (RUP)
- Utvecklad vårdssamverkan med Närsjukvård, palliativ vård och psykiatri

En rapportering kommer att ske på nästa möte med styrgruppen bland annat inom följande områden utifrån de frågor som togs upp på mötet

- Andel vårdplatser inom specialistpsykiatri
- Mobila teamens arbetsområde – kan resurserna samordnas med kommunerna och primärvården
- Personalomsättning inom psykiatri
- Tidsplan för det fortsatta arbetet
- Andra områden där ytterligare samverkan kan ske exempelvis med övriga verksamheter inom VGR och annan kommunal verksamhet

Beslutsärende 10

Konsekvensanalys vårdöverenskommelse (VÖK) 2016
inklusive uppdrag kring delårsrapport augusti.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-18

Diarienummer SkaS 228-2015

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Åsa Ranbro Jansson

Telefon: 0500 - 43 10 42

E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till Skaraborgs Sjukhus styrelse

Konsekvensanalys vårdöverenskommelse (VÖK) 2016 för Skaraborgs Sjukhus och åtgärder för ekonomi i balans 2016

Förslag till beslut

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) beslutar att åtgärder vidtas med fokus på en långsiktigt hållbar ekonomi och verksamhet:

1. Kostnadsminskningar 2016 vidtas i enlighet med verksamhetschefernas inlämnade åtgärdsplaner. Summa 30 miljoner kronor.
2. Förändring i vårdplatsstruktur och ambulansverksamhet genomförs i enlighet med styrelsens beslut utifrån pågående utredningsuppdrag.
3. Utredning startas omgående med fokus på långsiktiga förändringar för en ekonomi och verksamhet i balans. Arbetet omfattar följande områden:
 - a. *Struktur för den akuta och planerade länssjukvården*
 - b. *Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna*
 - c. *Resurser och struktur*
 - d. *Kompetensförsörjning*
 - e. *Arbetsmodeller*
4. Åtgärder enligt ovan redovisas månadsvis på ordinarie styrelsemöte. Utredning enligt punkt 3 a-e redovisas på styrelsemöte 2016-04-25 med förslag till beslut utifrån långsiktigt hållbar ekonomi och verksamhet.

Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för SkaS beslutade den 29 oktober 2015 att en risk- och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdrag. Den 27 november 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med SkaS 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Ett analysarbete har genomförts i samverkan mellan presidierna för SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden och tjänstemän från SkaS med stöd från koncernkontoret. Som grund för arbetet finns en uppdragshandling som är framtagen av presidierna tillsammans. Arbetet har bland annat resulterat i förslag till fortsatt

beredning av åtgärder på längre sikt, 2017-2025. Den ersättning som SkaS erhåller via vårdöverenskommelsen bedöms inte kunna täcka de beräknade kostnadsökningarna under kommande år. Åtgärdsplaner är framtagna i verksamheten men får inte tillräcklig ekonomisk effekt. För 2016-2020 är bedömningen att fortsätta förändrade förutsättningar och kostnadsökningar kräver åtgärder i stor omfattning, totalt cirka 400 miljoner kronor.

Pågående åtgärder

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 miljoner kronor. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt av de ytterligare åtgärderna enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 miljoner kronor. Åtgärdsplanerna består av ett flertal olika aktiviteter, som exempel kan nämnas:

- Förändrade arbetssätt och förbättrad schemaläggning/planering leder till minskat bemanningsbehov och minskad övertid.
- Vakanshållning av tjänster.
- Revidering av arbetstidsmodeller, poängmodeller.
- Bemanningsföretag ersätts med anställd personal.
- Sammanslagning och/eller utökad samordning av verksamheter.
- Utökade regionala uppdrag där ledig kapacitet finns, till exempel koloskopier.
- Åtgärder för minskade läkemedelskostnader, i samarbete med apotekare.
- Minskad kostnad för utbildning, kurser och konferenser.
- Minskade kostnader för rekrytering (annonsering).

Under hösten 2014 gav SkaS styrelse verksamheten i uppdrag att utreda vårdplatsstruktur samt ambulansorganisation och verksamhet i syfte att ta fram underlag för beslut om optimalt utnyttjande av SkaS resurser. Utredningarna pågår och redovisas inom kort för SkaS styrelse med förslag till beslut om förändringar.

Inriktning för arbete med åtgärder på längre sikt

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 beräknas till cirka 50 miljoner kronor. Enligt regionstyrelsens förslag till regionfullmäktiges beslut erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 miljoner kronor. Åtgärder behöver dock vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS.

De områden som föreslås utredas vidare är:

Struktur för den akuta och planerade länssjukvården

För att ta fram åtgärder på sikt och därmed komma i balans krävs att beslut fattas kring vilken specialistvårdstruktur som ska utvecklas inom SkaS upptagningsområde. Idag finns beslut kring framtidens hälso- och sjukvård. Där beskrivs hur vårdnivån ska utvecklas men den behöver kompletteras med politiskt beslut kring specialiserad akutsjukvård. Områden som behöver genomföras alternativt utredas:

- Genomföra nivågrupperingen enligt utredningen ”Framtidens hälso- och sjukvård”.
- Utredning och beslut för strukturen för akutsjukvården på SkaS.
- Jourcentraler – placering på sjukhusorter.
- Optimering av vårdplatsstrukturen på SkaS.

Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna

Inom Skaraborg finns en väl fungerande struktur för vårdssamverkan och närsjukvård. I de utredningar som nu presenteras på nationell nivå beskrivs ytterligare samarbete med den kommunala vården. Här skulle Skaraborg kunna bli en pilot i detta arbete, till exempel:

- Utred samarbete med kommunerna om heldygnsvård.
- Utred konsultationsstöd för kommunala korttidsplatser.
- Utveckla specialiserad närsjukvård utifrån vårdssamverkans perspektiv geriatrik-/palliativ-/psykiatrisk-/barn- och ungdomsvård.

Resurser och struktur

Inom Västra Götalandsregionen finns politiska beslut kring hur produktionsplanering och -styrning ska kunna utvecklas på regionnivå. Det innebär att åtgärder och behandlingar koncentreras till olika delar av regionen. Dessa beslut kräver ibland förändringar och medför kostnader som inte ryms inom nuvarande ersättningsutrymme. Den politiskt beslutade strukturen är inte alltid den mest kostnadseffektiva men av andra skäl ska den utvecklas och bör då även vara finansierad.

- Produktionsplanering -/styrning samt dess ersättningsmodell.
- Struktur – politisk beslutad och finansierad.

Kompetensförsörjning

En av sjukhusets viktigaste resurser är dess medarbetare. Men det finns många bristområden och stor konkurrens med andra vårdaktörer. Kompetensbrister har bland annat lösts med bemanningsföretag, extra arbetspass och övertid vilket påverkar ekonomi och arbetsmiljö på ett negativt sätt. Att utveckla servicetjänster och uppgiftsväxling skulle kunna vara en möjlighet att utnyttja kompetensen på ett effektivt sätt. Exempel på områden som behöver utvecklas:

- Uppgiftsväxling.
- Servicepersonal.
- Administrativa stödfunktioner, minskad dubbeldokumentation.
- Chefsutveckling.

Arbetsmodeller

Utredningar har visat att vårdens arbetsmodeller inte förändrats fastän medicinsk och teknisk utveckling ger helt andra förutsättningar och möjligheter. Dagens utbildningar har annat fokus än tidigare och vårdens processer utvecklas mot kortare vårdtider och mer egenvård. Bemanningen behöver anpassas till tider då de största patientflödena finns över hela dygnet och alla årstider. Exempel på områden som behöver utvecklas:

- Personcentrerad vård (framtidens vårdavdelning)
- Verksamhetsanpassad bemanning, bland annat
 - Bemanning över större organisatoriska områden
 - Fasta scheman
 - Stärkt styrning av läkares schemaläggning

För samtliga områden bör en snabb genomgång/förstudie göras för att få fram beslutsunderlag för det fortsatta arbetet. Inom flera av områdena finns redan pågående regionala uppdrag.

Beredning

Information om ärendet har skett på MBL 2016-12-22, 2016-01-12, förhandling 2016-01-26. Politisk beredning av underlag och förslag till åtgärder har skett gemensamt med presidiet för SkaS styrelse och presidiet för östra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-01-18. Information i SkaS ledningsgrupp 2016-01-19.

Bilagor

- Uppdragshandling - Risk- och konsekvensanalys styrelsen SkaS
Diarienummer SkaS 228-2015
- Risk- och konsekvensrapport SkaS
- Delrapport - Beskrivning av SkaS ekonomiska läge
- Delrapport - Produktion SkaS
- Delrapport - Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskomelse 2015 inför risk- och konsekvensanalys SkaS
- Delrapport HR (bygger på bokslut 2015)

Beslutet skickas till

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
- Regionstyrelsen

Uppdragshandling

Datum 2015-12-21, rev 12-09, 12-14

Diarienummer SkaS 228-2015

HSNÖ 2015-00320

Risk- och konsekvensanalys för Skaraborgs Sjukhus

Uppdragsgivare:

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus.

Styrelsen har 2015-10-09 delegerat till presidiet att tillsammans med östra hälso- och sjukvårdsnämnden ta fram uppdragsbeskrivning.

Uppdragstagare:

Eva Sundström, stf sjukhusdirektör Skaraborgs Sjukhus i samarbete med och Agneta Nilsson Hörnlund, processansvarig östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Syfte med uppdraget

Styrelsen har 2015-10-29 beslutat att en risk- och konsekvensanalys ska göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker Skaraborgs sjukhus kostnader för ingående uppdrag.

Analysen ska göras på ett sådant sätt att den ger underlag för förslag till åtgärder för att nå en verksamhet i balans under 2016. Analysen ska även kunna ligga till grund för att diskutera åtgärder på längre sikt. Det material som kommer fram genom detta uppdrag kan därför leda till att fördjupade analyser behöver göras.

Styrelsens uppdrag överensstämmer väl med det uppdrag som regionfullmäktige, RF, lämnat 2015-11-24 där RF uppdrar till sjukhusstyrelserna att ta fram och sedan fastställa åtgärder för ekonomisk balans 2016 senast i januari 2016.

Uppdragsbeskrivning

Uppdraget innehåller följande delar:

Beskrivning av nuläget 2015

- Kartläggning av nuläget 2015 för Skaraborgs sjukhus utifrån reglemente, RF:s budget och vårdöverenskommelsen. Var finns det brister? Vilka mål klaras inte? Vilka krav uppfylls inte? Gör denna analys utifrån alla relevanta perspektiv (produktion, ekonomi, HR, patientsäkerhet, kvalitet, tillgänglighet etc.).
- Kostnadsnivån inom Skaraborgs Sjukhus ligger de senaste åren över erhållet index i vårdöverenskommelsen och leder till att balanskravet i regionfullmäktiges budget och vårdöverenskommelsen 2015 inte uppnås.

UBH 

- Finns det några kostnadsslag som är särskilt intressanta, t ex där Skaraborgs sjukhus skiljer sig från övriga sjukhus? Är det några kostnadsslag som är av särskild betydelse att komma till rätta med?
- En åtgärdsplan finns för att sänka kostnader för 2015, vad ger de åtgärderna för effekt 2016 och framåt?
- Vilka utredningar/översyner pågår inom Skaraborgs sjukhus som kan bidra med underlag till uppdragets genomförande

Krav inför 2016

- Kartläggning av mål och krav på verksamheten inför 2016 utifrån nytt reglemente, RF:s budget 2016 och vårdöverenskommelsen 2016 utifrån relevanta perspektiv.

Basnivå i vårdöverenskommelser 2015/2016

- Gör utifrån ovanstående punkter en enkel beskrivning för att hitta en *basnivå* för verksamheten.
- Utifrån basnivån, identifiera om Skaraborgs Sjukhus eventuellt bedriver någon verksamhet utöver detta.

Risikanalys

- Redovisa vilka risker som finns 2016 utifrån befintlig överenskommelse/tillgängliga resurser. Utgångspunkten är att Skaraborgs sjukhus ska klara basnivån utifrån vårdöverenskommelse. Bedöm utifrån relevanta perspektiv.
- Bedöm sannolikhet och konsekvens för varje framtagna risk.

Konsekvensanalys

- Vad blir konsekvenserna för Skaraborgs sjukhus som helhet om riskerna inte omhändertas/ om verksamheten löper vidare som 2015?

Förslag till åtgärder (ska göras utifrån framtagna risk- och konsekvensanalys)

Möjliga frågor att ställa (beroende på vad som kommer fram i risk- och konsekvensanalysen)

- Finns områden där verksamheten kan förändras för att nå högre effektivitet/ lägre kostnader
- Finns områden där Skaraborgs sjukhus kan få ytterligare intäkter?
- Finns områden där kraven på Skaraborgs sjukhus kan sänkas?

Separata riskanalyser görs för förslag till åtgärder.

Uppföljningsplan

Tas fram i anslutning till att beslut om åtgärder fattas.

Bakgrund

Kostnadsnivån inom Skaraborgs Sjukhus ligger de senaste åren över erhållet index i vårdöverenskommelsen. Åtgärdsplaner är framtagna men får inte tillräcklig effekt. Bedömningen är även att kommande år kostnadsökningar inte kommer att täckas av den ersättning som finns i överenskommelserna. För 2015 bedöms budgetavvikelsen uppgå till -70 mnkr. För 2016-2020 är bedömningen att ytterligare kostnadssänkning behöver göras.

UBH *ly*

Den 27 november 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med Skaraborgs Sjukhus 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutade den 29 oktober 2015 att en risk och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag.

Arbetsorganisation

Styrgrupp: Presidierna för östra hälso- och sjukvårdsnämnden respektive styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Arbetsgrupp: Eva Sundström, stf sjukhusdirektör Skaraborgs Sjukhus, Agneta Nilsson Hörnlund, processansvarig östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Metodstöd. Koncernkontoret, Christina Karlsson/Levi Siljemyr. Ytterligare stöd från Koncernkontoret kan tillkomma.

Referensgrupp: Dialoggruppen för vårdöverenskommelse

Samband och gränsdragning till andra uppdrag och pågående arbete

Regionfullmäktige uppdrog, den 24 november i samband med beslutet kring delårsrapport augusti, till styrelserna för sjukhusen att i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna ta fram åtgärdsplaner inför 2016 som säkerställer ekonomisk balans.

Presidierna för östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har därefter beslutat att båda delarna hanteras gemensamt.

Kommunikation

En kommunikationsplan tas fram för arbetet med risk och konsekvensanalys.

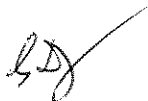
Facklig information och samverkan sker enligt ordinarie rutin på Skaraborgs Sjukhus respektive östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Tidplan för uppdraget, behov av avstämning/uppföljning medan uppdraget pågår

Avrapportering sker 26 januari 2016 på HSNÖ och 28 januari på styrelsen för Skaraborgs Sjukhus. Rapporten ska därefter gå vidare till regionstyrelsen. Avstämning kommer att ske efter varje delmoment med presidierna. Vid avrapporteringen till nämnd och styrelse ska förslag till fortsatt arbete presenteras.

Form för beslut när uppdraget är klart

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden

UBH 

Uppdraget fastställs

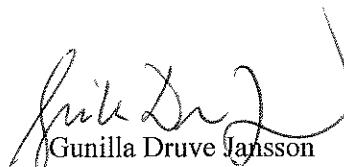
2015-12-21



Ulla-Britt Hagström

Ordförande

styrelsen för Skaraborgs sjukhus



Gunilla Druve Jansson

Ordförande

östra hälso- och sjukvårdsnämnden

.....

Uppdraget skickas till: uppdragstagaren

För kännedom till:

Risk och konsekvensrapport för Skaraborgs Sjukhus

Åtgärder för en verksamhet i balans
på kort och lång sikt

Ulla-Britt Hagström
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Gunilla Druve Jansson
Östra hälso- och
sjukvårdsnämnden

1. Uppdraget

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har 2015-10-29 beslutat att en risk- och konsekvensanalys ska göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdraget.

Analysen ska göras på ett sådant sätt att den ger underlag för förslag till åtgärder för att nå en verksamhet i balans under 2016. Analysen ska även kunna ligga till grund för att diskutera åtgärder på längre sikt. Det material som kommer fram genom detta uppdrag kan därför leda till att fördjupade analyser behöver göras.

Styrelsens uppdrag överensstämmer väl med det uppdrag som regionfullmäktige, RF, lämnat 2015-11-24 där RF uppdrar till sjukhusstyrelserna att ta fram och sedan fastställa åtgärder för ekonomisk balans 2016 senast i januari 2016.

2. Genomförande av uppdraget

Uppdraget har genomförts i samverkan mellan presidierna för SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden och tjänstemän från SkaS och koncernkontoret. Som grund för arbetet finns en uppdragshandling som är framtagen av presidierna tillsammans.

Arbetet är uppdelat i en bakgrundsbeskrivning till dagens ekonomiska läge, åtgärder under 2016 samt ett långsiktigt perspektiv. Materialet har tagits fram på kort tid med täta avstämningar mellan presidierna och tjänstemännen då framtaget material gått igenom och diskussion förts om vad som behöver kompletteras och korrigeras. Detta arbetssätt innebär att presidierna hela tiden har kunnat följa arbetet och lämnat synpunkter och önskemål om utvidgade perspektiv.

Rapporten delas upp i:

- En sammanfattande del som inkluderar förslag på åtgärder på kort och lång sikt.
- Delrapporter inom områdena för ekonomi, produktion, personal och måluppfyllelse för kvalitetsindikatorer och uppdrag i vårdöverenskommelse.

I beslutsunderlaget lämnas förslag till fortsatt beredning för förslagen på åtgärder på längre sikt. Även för detta arbete är det viktigt med kontinuerlig förankring för att korta beredningstiden och direkt få med synpunkter från politiker- och tjänstemannaperspektiv.

3. Bakgrund

Kostnadsnivån inom SkaS har de senaste åren legat över erhållet index i vårdöverenskommelsen. Åtgärdsplaner är framtagna men får inte tillräcklig effekt. Den ersättning som erhålls via vårdöverenskommelsen (VÖK) bedöms inte kunna täcka de beräknade kostnadsökningarna under kommande år. För 2015 uppgår budgetavvikelsen för verksamhetens resultat till cirka -62 mnkr. Budgetavvikelsen för SkaS totalt uppgår till -50 mnkr till följd av större regioninterna intäktsposter vilka inte varit kända förrän i samband med bokslutet. För 2016-2020 är bedömningen att förändrade förutsättningar och kostnadsökningar kräver åtgärder i stor omfattning.

Den 27 oktober 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med Skaraborgs Sjukhus 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Styrelsen för SkaS beslutade den 29 oktober 2015 att en risk och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdrag.

3.1. Ekonomisk utveckling 4-5 år bakåt

SkaS ekonomi har sammanlagt de senaste åren varit i balans. I nedanstående tabell framgår SkaS budgetavvikelse för perioden 2010-2015. För perioden 2010 till 2014 är SkaS sammanlagda resultat +28 miljoner kronor. För att förstå budgetavvikelsen måste hänsyn tas till tillfälliga medel som SkaS under åren 2012-2014 fått via hälso- och sjukvårdsnämnden i slutet av året.

- 2014 ersättning 10 mnkr (för att stödja brist och utvecklingsområden inom BUP/BUM, VUP, Palliativ vård) + 3,5 mnkr för brännskadepatient.
- 2013 ersättning 5 mnkr för akutprocessen.
- 2012 SkaS når inte uppsatta mål för produktionsvolymen i vårdöverenskommelsen och når därmed inte ersättningstaket. Erhöll 26,4 mnkr vilket gjorde att SkaS erhöll takersättningen enligt vårdöverenskommelsen för 2012.



Kostnadsutvecklingen har mellan åren legat några procent över index i vårdöverenskommelse men har ökat de senaste åren. I analysen för kostnadsutvecklingen måste hänsyn tas till annan finansiering t ex genom stimulansbidrag, ordnat införande och projektmedel.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat, mnkr	29,8	-26,1	27,9	24,4	-55,9	-62,0
Budgetavvikelse, mnkr	29,8	-26,1	27,9	38,4	-41,9	-50,0
Godkänt användande av eget kapital				-14,0	-14,0	-12,0

Bruttointäktsutveckling SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttointäkt, mnkr	-3 381	-3 471	-3 560	-3 639	-3 767	-3 944
Index	100,0	102,7	105,3	107,6	111,4	116,7
Indexförändring mellan år		2,7	2,6	2,3	3,8	5,3

Bruttokostnadsutveckling SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, mnkr	3 344	3 494	528	3 612	3 820	4 008
Index	100,0	104,5	105,5	108,0	114,2	119,8
Indexförändring mellan år		4,5	1,0	2,5	6,2	5,5

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

I kostnadsutvecklingen ingår även nya uppdrag som under åren finansieras med utökad ersättning. I nedanstående tabell visas på de tre sista raderna ett reellt tillskott på totalt 175 mnkr under perioden 2011-2016, varav skattehöjningen 2015 innebar ett tillskott på 75 mnkr.

Ersättningsutrymmet har också minskats/ej uppräknats till följd av regionala effektiviseringskrav, beloppen framgår av nedanstående tabell.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ersättning nya/förändrade uppdrag	-20,0	22,5	10,0	1,2	16,4	2,5	
Ersättning utan särskilt uppdrag		22,5	35,0	20,0		-30,0	30,0
Omställningsstöd/obalanstillägg						95,0	10,0
"Efter ordnat införande"							13,0

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Effektiviseringskrav	-29	-30	-31	-22	-19	-33	-33	-196
Besparing konsulter, kurser o konf m m				-2	-1	-1		-4
Besparing IT-konsulter				-2	-1	-1		-3
SUMMA	-29	-30	-31	-26	-21	-35	-33	-204

*) 2010-2012 1 %, 2013 0,7 %, 2014 0,6 %, 2015 1 %, 2016 motsvarar indexuppräknningen ett effektiviseringskrav på minst 1%

Totalt har alltså tillförts 175,5 mnkr men samtidigt har medel motsvarande 204 mnkr "reducerats" i form av effektiviseringskrav genom att indexuppräknningen för ersättningen i VÖK minskats med ca 1 procent varje år jämfört med ursprungligt framräknat LPI (landstingsprisindex). För 2016 finns inget uttalat effektiviseringskrav i planeringsdirektiven för budgetarbetet men den indexuppräknning som erhållits medför indirekt ett effektiviseringskrav på minst 1 procent, effektiviseringskravets storlek beror på vilka nivåer löneavtalen för 2016 samt kostnaden för den medicinska utvecklingen landar på.

3.2. Verksamhetsmässig utveckling 4-5 år framåt

Budgetavvikelsen under hösten 2015 ligger mellan -5 och -7 mnkr per månad, se nedanstående tabell. Vid ingången av år 2016 finns därmed en ingående ekonomisk obalans på cirka -60-70 mnkr för helåret. Avvikelsen är delvis förklarad av förändringar och kostnadsökningar under 2015, men även problem som funnits sedan tidigare år till exempel med bemanning och schemaläggning, produktions- och kapacitetsplanering, kvalitetsbristkostnader (vårdskador), lokalplanering, ofinansierade verksamheter (t ex läkarutbildningen) mm som tillsammans ger en allt för hög kostnad för driften av sjukhusets verksamheter.

På såväl kort som längre sikt (2016-2020) kommer de ekonomiska förutsättningarna för Skaraborgs sjukhus bli än mer ansträngda. Förutom den ingående obalansen på ca -70 mnkr visar en grov beräkning att åtgärder motsvarande ytterligare 300 mnkr behöver vidtas för en ekonomi i balans 2020, det vill säga ett åtgärdsbehov på totalt närmare 400 mnkr. I detta belopp ingår inte eventuella konsekvenser av framtida förändringar i VGR:s resursfördelningsmodell.

	2016	2017	2018	2019	2020	Summa 2016-2020
Förändringar i VÖK						
Förstärkt finansiering, VÖK	30					30
Ordnat införande, VÖK	13					13
"Omställningsbidrag" tas bort, VÖK	-10	-10				-20
Fastighetsinvesteringar och PCB-sanering						
Ökade lokalkostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-12	-16	-27	-17	-17	-89
Evakueringskostnad PCB-sanering	12					12
Ökade avskrivningskostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-3	-6	-15	-13	-13	-50
Övriga förändringar						
Läkarutbildning, beräknad utökning	-2	-2				-4
Ny styrmodell Regionservice tjänster	-2					-2
Förändrade stödriktlinjer VGR, Regionservice (?)		-6	-6			-12
Slutenvårdsdos		-4				-4
IS/IT, "Vindenfinansiering" mm (?)	-5					-5
Summa	21	-44	-48	-30	-30	-131
Bedömt effektiviseringskrav (skillnad mellan indexuppräknig i VÖK och bedömd kostnadsutv, lågt räknat 1%)	-33	-33	-33	-33	-33	-165
Totalt ytterligare behov av kostnadsminskningar	-12	-77	-81	-63	-63	-296

De största orsakerna till det utökade åtgärdsbehovet redovisas i ovanstående tabell. Summan visar det ytterligare åtgärdsbehov som tillkommer fram till år 2020, förutom den ingående obalansen från 2015 på 70 mnkr.

Den utveckling som SkaS står inför är till största delen kopplat till det regionala arbetet med

- Produktionsplanering/ -styrning
- Standardiserad utveckling inom cancervården
- Utveckling av närsjukvårdscentrum
- Utveckling inom akutkedjan
- Utveckling inom vuxen- och barn och ungdomspsykiatri

Inom SkaS kommer även det omfattande nybyggnations-och renoveringsarbete som sker i samband med PCB sanering påverka verksamhetsutvecklingen. Andra områden som påverkar är den interna utvecklingen med personcentrerad vård, det omfattande utbildningsuppdraget och annan processutveckling.

Det beskrivna utvecklingsarbetet innebär inte bara kostnadsökningar utan ska även ses som en möjlighet till att utveckla verksamheten till ekonomisk balans. Men under genomförande av aktiviteter kopplade till utvecklingen kan det innebära ökade eller dubbla kostnader.

4. Nuläget 2015

4.1. Ekonomi

Den ekonomiska budgetavvikelsen 2015 för sjukhusets verksamheter uppgår till cirka -62 mnkr. Budgetavvikelsen för SkaS totalt uppgår till -50 mnkr till följd av större regioninterna intäktsposter på cirka 20 mnkr, vilka omförts i samband med bokslutet. Åtgärder har under 2015, liksom tidigare år, vidtagits av sjukhusets verksamheter för att anpassa kostnader till budgeterad nivå. Effekten av de vidtagna åtgärderna uppgår till en kostnadsreducering på cirka 48 mnkr under 2015 jämfört med 2014. Trots detta har den negativa budgetavvikelsen ökat under året. Anledningen till den ekonomiska obalansen kan förklaras av tre huvudsaker

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- förändrade förutsättningar i budget 2015
- verksamhetsförändringar som medfört betydande ökade kostnader

Ingående ekonomisk obalans

Den ingående obalansen från tidigare år utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem, vilket har fortsatt under 2015. I obalansen ligger också en rest från tidigare års kostnadsökningar, bland annat för läkemedel, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader. Läkarutbildningen är ofinansierad med 7 mnkr.

Förändrade budgetförutsättningar

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev cirka +/- 0.

- Ersättningen i VÖK minskas med 1 procent (effektiviseringskrav), cirka	-33 mnkr
- Förändrad resursfördelning, år 1	-30 mnkr
- Effekt 2015 av ny internhyresmodell	-27 mnkr
- Tillfälligt omställningsbidrag	+20 mnkr
- Utökad budget (skattehöjning)	+75 mnkr

Verksamhetsutveckling som inneburit ökade kostnader

- Vuxenpsykiatri har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minskar med cirka 20 mnkr.
- Vid uppbyggnad av palliativ vårdavdelning i Skövde var avsikten att denna skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. 10 mnkr.
- Medicinskt material,
 - Diabetessensorer, cirka 13 mnkr
 - Volym och prisökning interventionscenter, prisökning Operation, cirka 6 mnkr
- Läkemedel
 - Kostnadsökning utöver indexuppräknings och utöver kompensation inom ordnat införande (exempel Hepatit-C 10 procent, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), kostnad cirka 10 mnkr
- Ofinansierat nytt uppdrag, ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning), cirka 4 mnkr
- Utökad uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror på grund av PCB-sanering mm, cirka 12 mnkr

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och de mer eller mindre påverkbara kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -75 mnkr, det vill

säga överstiger den positiva ekonomiska effekten av genomförda åtgärder med knappt 30 mnkr. Detta tillsammans med den ingående obalansen från 2014 (årsresultat 2014 -56 mnkr) ger ett negativt ekonomiskt resultat 2015.

4.2. Produktion och tillgänglighet

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den vård som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har för länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

Patientprocesser förändras över tid av bland annat teknisk, digital och medicinsk utveckling. Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patient processer innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården totalt.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål krävs utvecklingsarbete inom flera olika områden, bland annat:

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser
- Utveckla patient processer
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsjukvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

Effektiviseringar och utveckling av patientprocesser är nödvändig, inte bara utifrån krav på fastställda produktionsvolymerna utan också för att möta de kostnadsökningar som den tekniska och medicinska utvecklingen bidrar till.

Somatisk heldygnsvård

Under slutet av 2012 och under 2013 skedde en förändring i produktionsutfallet inom slutenvården på SkaS. Förändringen fortsatte 2014, om än i mindre omfattning. I december 2014 var antal sjukhusvårdtillfällen 1 260 färre jämfört med budget och antal DRG-poäng hade minskat med 1 500 poäng jämfört med budget. En förklaring till avvikelsen var minskat antal vårdplatser inom somatisk slutenvård, men detta förklarade inte hela förändringen.

En fördjupad produktionsanalys av slutenvården utifrån CMI/MDC gjordes för att hitta orsaker till förändringen. En slutsats utifrån analysen är att patient processer förändras över tid. Under senare år har den tekniska, digitala och medicinska utvecklingen påverkat patient processer inom alla verksamhetsområden.

Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget i VÖK. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patient processer innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården.

Ny teknik och nya läkemedel är dyra. Vid flytt av slutenvård till öppenvård krävs ofta samma resursåtgång. Detta gör att det inte alltid finns en koppling mellan minskat antal vårdkontakter och minskad totalkostnad för sjukhuset.

Tillgänglighet

Totalt antal väntande till första besök har i snitt uppgått till 5 000 patienter sedan maj 2012. Under hösten 2015 har antal väntande patienter till första besök ökat och uppgick efter november till 5 900 patienter. Även antal väntande till operation/behandling har under 2015 ökat och måluppfyllelsen för vårdgaranti (90 dagar) har försämrats efter att ha legat kring 96 procent i flera år.

Det finns flera förklaringar till förändringen av köer under 2015.

- Sjukskrivningar och/eller vakanta läkartjänster inom verksamheter med stora patientflöden till exempel ortopedi, kvinnosjukvård och urologi.
- Avtalstiden för regionalt volymavtal för ”övrig” ortopedi gick ut i december 2014.
- Sjuksköterskebrist som påverkat möjligheten att hålla operationssalar öppna samt skapat problem med att kunna genomföra planerad utökning av vårdplatser inom vissa specialiteter
- Fler patienter skickades till externa vårdgivare under 2014 jämfört med 2015. Kostnaden för köpt garantivård har minskat med 6,5 mkr.
- Ökat remissinflöde
- Ökat antal uteblivna besök

Remissinflöde, uteblivna och antal första besök

Remissinflödet påverkar både tillgänglighet och resursåtgång. Remissinflödet har ökat med tre procent under perioden 2013-2015. Det går inte att särskilja några specifika verksamheter som påverkats extra mycket av ökningen utan ökningen ses inom många verksamheter. Ökningen av remisser är därför inte den faktor som kan förklara hela förändringen i tillgänglighet under 2015. Ett ökat remissinflöde påverkar däremot verksamheter på olika sätt beroende på vilka möjligheter de har att på kort sikt ställa om sina resurser för att möta ett ökat inflöde.

Antal första besök har minskat under perioden 2013 till 2015. Denna minskning har bara delvis påverkat tillgängligheten negativt, då delar av förändringen beror på förändrade registreringsrutiner och andra delar av förändringen beror på förändrade patientprocesser. Första besök har minskat med 4 300 besök (6 procent) och efterföljande besök har ökat med 21 800 besök (8 procent).

En faktor som påverkar tillgängligheten är antal uteblivna besök. Det är inte bara första besök som blir uteblivna besök, men uppskattningen är att det är en stor andel som är första besök. Oavsett om det är första besök eller efterföljande besök binder uteblivna besök upp resurser och mottagningstider för patienter som står i kö. Antal uteblivna besök har ökat med 2 600 besök sedan 2013. En förhoppning är att införandet av SMS-påminnelse ska minska antalet uteblivna patienter.

Överbeläggning och utlokaliserade

Andel överbeläggningar och andel utlokaliserade inom somatisk vård har inom vissa områden/avdelningar varit lägre under hösten jämfört med tidigare. Planerade öknings av vårdplatser inom ortopedi och intermedicin har inte kunnat genomföras på grund av rekryteringssvårigheter.

Andel utlokaliserade har legat på en jämn nivå över året med toppar under semesterperiod och julhelg på grund av samlokalisering av vårdplatser samt tillfällig neddragning av vårdplatser.

Undvikbar slutenvård 65 år och äldre

Undvikbar slutenvård har minskat mycket i östra hälso- och sjukvårdsnämndens (HSNÖ) område, vilket motsvarar Skaraborg, från att år 2006 haft de högsta nivåerna i Västra Götalandsregionen (VGR), jämfört med övriga HSN områden. HSNÖ har mindre undvikbar slutenvård än övriga HSN i VGR år 2014. De diagnoser som minskat mest i VGR är diabetes, kärlkramp och hjärtsvikt troligtvis gäller även detta i Skaraborg.

År 2014 var det 3550 slutenvårdstillfällen bland befolkningen i HSNÖ's område, som klassades som undvikbar enligt denna definition. Det är nästan vart femte vårdtillfälle bland 65 år och äldre. Detta trots att det har blivit 10 000 fler invånare över 65 år så har det skett en minskning jämfört med år 2006. Detta kan jämföras med år 2006 då det var 4043 slutenvårdstillfällen som enligt denna definition ansågs som undvikbara.

(I analysen används Socialstyrelsens definition på undvikbar slutenvård med anledning av det tidigare arbetet med de mest sjuka äldre och bedömer att där finns de mest relevanta diagnoserna för äldre.)

Återinskrivning inom 30 dagar 65 år och äldre

Den ökning av återinskrivning inom 30 dagar som sågs fram till 2011 på SkaS har brutits och nu ses möjligen en tendens till minskning

I VGR ses en ökning fram till år 2012 och 2014 ses en minskning och följande år får visa om det är ett trenderbrott i VGR.

(Även här används socialstyrelsens definition. Det innebär till exempel att vid inskrivning av hjärtsvikt så måste det vara en återinskrivning av hjärtsvikt.)

Basvolym

Nytt för VÖK 2016 är att basvolym för "första besök, läkare" och "första behandling" specificerats inom vissa diagnosgrupper. Basvolymerna baseras på historiskt utfall 2011-2013 och därför kan basvolym skilja sig mellan SkaS och andra sjukhus inom samma specialitet och med likartat befolkningsunderlag. Det kommer under 2016 göras en översyn av basvolymerna inför beslut om tilläggsuppdrag 2017.

Regional produktionsstyrning

De regionala uppdragens produktionsvolym ingår från och med 2014 inte i produktionsbudgeten i VÖK. Eftersom en förhållandevis stor ersättning är knuten till de regionala tilläggsuppdragen är det viktigt för de verksamheter som är berörda att de genomför tilläggsuppdraget de fått. Om inte hela uppdraget utförs finns risk för att personalkostnader och övriga fasta kostnader inte kan täckas.

SkaS har sedan 2014 haft regionala uppdrag inom höft/knäplastik, obesitasoperationer samt koloskopiundersökningar. Inför 2016 utökas dessa uppdrag med ryggoperationer och öppenvårdsbesök inom hud. Fråga har även ställts till ansvariga om tilläggsuppdrag inom specialitet ögon och öron, men regionalt beslut om detta är ännu inte klart.

En detaljerad produktion- och kapacitetsplanering är nödvändigt för att undvika undanträngningseffekt av annan vård inom verksamheten. Risk- och konsekvensanalyser har tagits fram eller håller på att tas fram för alla tilläggsuppdrag för att belysa behov av personalbemanning, vårdplatser, operationsutrymme, servicefunktioner, administrativa rutiner mm.

4.3. Kvalitetsindikatorer i vårdöverenskommelse 2015

Historiskt har SkaS klarat de regionala kvalitetsindikatorerna inom de flesta områden. För 2015 är 39 av de Medicinska kvalitetsindikatorerna relevanta att ha med i uppföljningen. Uppföljningen görs utifrån redovisning i december 2015. Jämförelse görs med 2014.

Antal målandikatorer/uppnådd måluppfyllelse

	Bra måluppfyllelse	Nästan måluppfyllelse	Ej uppnått
2015	26	4	9
2014	27	6	6

För båda åren var det bland annat indikatorer för ledtider på akutmottagningen, vårdrelaterade infektioner och läkemedel som inte uppnåddes. Några nya indikatorer har tillkommit för bland annat

cancersjukvården där måltalet inte nås för några av indikatorerna. En av orsakerna till denna avvikelse är att anpassning ännu inte skett mot till vårdprogram.

5. Krav och utvecklingsområden i VÖK 2015 respektive 2016

5.1 Övergripande

En förändring i VÖK 2016 jämfört med tidigare år är att regionfullmäktiges mål och fokusområden finns tydligare beskrivna med uppdrag kopplade till dem. I övrigt ställs krav i VÖK:en på samma sätt som tidigare:

- Geografisk struktur
- Vårdgaranti och ledtider
- Cancergaranti
- Närsjukvård
- Psykiatri
- Utbildningsuppdrag

5.2 Regionalt utvecklingsarbete som prioriteras i VÖK 2015-2016

Följande beskrivning är hämtat från vårdöverenskommelse 2015 och 2016.

Akutsjukvårdsprojekt (HSS - satsning)

Vården av livshotande sjukdomar är en av de högst prioriterade områdena inom hälso- och sjukvården. Tillgängligheten vid akutmottagningarna ska vara god och sjukhusen ska verka för att väntetider kortas. Vid socialstyrelsens mätningar av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar har flera mottagningar i Västra Götalandsregionen tillhört de mottagningar med relativt längre väntetider. Därför har det i regionens budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutmottagare. Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram sina egna delmål mot 90 procent.

Psykiatrisatsning (HSS - satsning)

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016. Medel fördelas direkt från HSS till SkaS. För 2015 fördelades budgetförstärkningen inom områdena neuropsykiatriska utredningar för barn, neuropsykiatriska utredningar för vuxna och för att förstärka behandlingsformer för vård av patienter med självskadebeteende.

Cancersjukvård – standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp inom cancervården är en del i en nationell satsning som ska leda till kortare väntetider, en mer jämlik cancervård och ett lärande i det fortsatta arbetet. SVF (standardiserade vårdförlopp) inom cancervården innehåller tre delar: etablering av stödjande strukturer, kompetensförsörjningsåtgärder samt system för mätning av ledtider. SVF infördes för fem cancerdiagnoser i regionen 2015:

- akut myeloid leukemi (blodcancer)
- huvud- och halscancer
- matstrupe- och magsäckscancer
- prostatacancer
- cancer i urinblåsa och övre urinvägar

Neonatalvård

Regionstyrelsen har fattat beslut i ärendet "Översyn och utredning av neonatalvården i Västra Götalandsregionen 2013" (2014-05-20, RS 2458-2012). I beslutet uppdrog regionstyrelsen till regiondirektören att utreda och genomföra föreslagna åtgärder i ärendet (nr 1- nr 6). Berörda utförarstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för övriga

föreslagna åtgärder (nr 7) inom ramen för gällande vårdöverenskommelse. Under 2016 fortsätter arbetet med att klarlägga vårdprocessen inom neonatalvården i Västra Götaland.

Ordnat införande smärtverksamhet (Dnr: RS 1378-2012)

På sjukhusen finns smärtenheter och smärteam i olika sammansättningar. En del av tjänsterna ligger inom ramen för ordinarie vårdöverenskommelse men en hel del finansieras via pengar från den statliga rehabgarantin. Smärtrådets bedömning är att det utöver dagens bemanning behövs ytterligare förstärkning på sjukhusen för att få en jämlik vård i regionen samt kunna ge patienterna den vård de behöver. Ett utvecklingsarbete pågår och en handlingsplan kommer tas fram under året.

5.3 Lokalt utvecklingsarbete som prioriteras i VÖK 2015-2016

Omstart utveckling psykiatri med närsjukvårdskoncept

Skaraborg behöver ha en omstart på området specialistpsykiatri, vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Därför har ett omfattande arbete gjorts under våren, vilket resulterat i ett program för ”Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet”. Arbetet har gjorts tillsammans mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för SkaS.

Vidare föreslås utveckling av närsjukvården i Skaraborg, enligt intentionerna av regionfullmäktige fattat beslut om ”Framtidens hälso- och sjukvård”. Utredning har gjorts med alternativ och konsekvenser vid placering av ny vårdbyggnad för heldygnsvård inom psykiatri i Skaraborg.

Med en omstart för arbetet med att utveckla specialistpsykiatrin ges möjlighet att kunna skapa attraktiva arbetsplatser, med en modern vårdmiljö, vilket ger förbättrade möjligheter att utveckla vården samt rekrytera, behålla och kompetensutveckla personal. Detta ger förutsättningar för en psykiatri med hög tillgänglighet, säkerhet och trygghet för patienterna i hela Skaraborg.

6. Pågående utredningar som kan ge effekter av olika slag 2016 eller långsiktigt

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus gav sjukhusdirektören uppdrag att utreda vårdplatser inom Skaraborgs Sjukhus utifrån patientsäkerhets-, effektivitets- och medarbetarperspektiv. Styrelsebeslut § 38, 2015-09-17, SkaS 230-2015. I uppdraget ingår också att utreda akuta patientflöden.

Utredning kring optimering av ambulansverksamheten i Skaraborg

Styrelsen för SkaS gav sjukhusdirektören i uppdrag att utreda en optimering av ambulansverksamheten i Skaraborg.

Utveckling psykiatri och närsjukvård

Uppdrag från styrelsen SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden. Se uppdragsbeskrivning under avsnitt 5.

Uppdrag till fokusgrupper

I de under året bildade fokusgrupperna finns som en del i uppdraget att ta fram förslag på effektiviseringsåtgärder som ger kostnadssänkningar. Uppdragsbeskrivning finns på SkaS interna webbsidor.

Regional produktionsstyrning/Produktions- och kapacitetsplanering

Regionstyrelsen fattade 10 december 2013 beslut om regiongemensam produktionsstyrning (RS 2071-2012). Beslutet är ett led i att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten och ge invånarna i Västra Götaland en likvärdig och jämlik vård i enlighet med målbilden i ”Framtidens hälso- och sjukvård”. I detta uppdrag ingick bland annat att utveckla ett ledplastikcentrum vid Skaraborgs Sjukhus Lidköping.

Närsjukvårdscentrum

Ta fram och implementera en modell för närsjukvårdscentrum i Skaraborg i samverkan med vårdgrannar som leder till stabilitet och trygghet för patienterna som är i behov av den nära vårdens innehåll och tillgänglighet.

Akutkedjan/akutprojektet

I VGR:s budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutmottagare. Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram handlingsplaner där egna delmål är uppsatta för att nå målet på 90 procent.

Psykiatriberedning

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016.

7. Sammanfattande bild av läget för SkaS 2016

Bakgrunden till att en risk och konsekvensanalys startade var att med nuvarande struktur och uppdrag kommer SkaS att ha svårt att klara en ekonomi i balans. De åtgärder som är under genomförande ger viss effekt men medicinsk utveckling och andra krav ger kostnadsökningar.

Risker och konsekvenser för 2016

Risker

- Om ytterligare åtgärder inte genomförs kommer det vara en fortsatt hög kostnadsnivå som överskrider budget i genomsnitt med cirka 5 mnkr per månad. Under 2016 slutförs de åtgärder som startade under 2015 samt genomförs ytterligare åtgärder som får effekt under året. Bland de åtgärder som pågår är till exempel minskning av bemanningsföretag och övertid.
- Produktions- och kapacitetsplaneringen kommer fortsätta för den planerade vården. Med en verksamhet som inte är i balans kommer prioritering ske av det akuta uppdraget vilket sammantaget kan leda till ytterligare förlängda väntetider och ledtider. Kvalitetsarbetet fortgår men med mindre tid till utvecklingsarbete kan även detta bli eftersatt då fokus blir på den basala vården
- Om ytterligare åtgärder inte vidtas under 2016 kommer SkaS med stor sannolikhet att tvingas redovisa underskott även för 2016. Det ekonomiska läget inför 2017 är då ytterligare försämrat.

Konsekvenser

- Att arbeta inom en verksamhet som ständigt har ekonomiska problem påverkar både chefer och medarbetare negativt. Vilket kan leda till att både patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkas negativt.
- Bilden av SkaS blir negativ vilket i sin tur kan ge rekryteringsproblem och därmed ytterligare svårighet att klara uppdraget.
- Förtroendet för sjukhuset och dess styrelse minskar, internt i VGR men även hos samarbetspartner och hos patienter
- Uppdrag och mål i vårdöverenskommelsen kan inte uppnås både vad gäller ekonomi och verksamhet.

Långsiktiga konsekvenser

På längre sikt kommer kostnadsläget bli mer problematiskt då även hänsyn får tas till den förväntade resursfördelningsmodellen som troligtvis kommer påverka resurstilldelningen negativt för kommunerna inom SkaS upptagningsområde.

För närmsta åren har beräknats ett åtgärdsbehov på upp till 400 mnkr. För att få ett verksamhetsmässigt perspektiv på storleken på beloppet kan det jämföras med SkaS totala kostnad för:

- Läkemedel (460 mnkr)
- Lokalhaire och avskrivningar (310 mnkr)
- Verksamhetsområde Kvinno/Barnsjukvård samt BUP (390 mnkr)
- Verksamhetsområde Anestesi/Operation/IVA (305 mnkr)
- Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri (260 mnkr)
- X antal vårdplatser motsvarar (400 mnkr). Uppdateras på SkaS styrelsemöte 2016-01-28

Ett av de områden som står för stora delar av den framtida kostnadsutvecklingen är lokalförändring och medicinsk teknisk utrustning. De förändringar som är föreslagna behöver prioriteras dels då det finns lagliga krav kring sanering men även för att möta dagens och framtida krav för arbetsmiljö och patientsäkerhet.

SkaS struktur med specialiserad vård på fyra utbudspunkter är kostnadsdrivande men med det fokus som finns i dag med personcentrerad vård och närsjukvård bör innehållet i dessa utbudspunkter definieras för ett optimalt utnyttjande av sjukhusorterna.

Ett alternativ till långsiktig åtgärd är att öka produktionen och därmed få in mer intäkter. Detta är en åtgärd som kan genomföras inom de få områden där det finns ledig kapacitet, men med de kompetensförsörjningsproblem som finns för t ex sjuksköterskor och de ombyggnadsplaner som finns är det svårt att genomföra mer än det uppdrag som finns idag.

8. Förslag till åtgärder för budgetbalans

Under 2016

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 mnkr. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt de ytterligare åtgärderna enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 mnkr.

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 uppgår således till cirka 50 mnkr enligt nedanstående beräkning:

Ingående obalans:	-70 mnkr
Förändrat ekonomiskt läge 2016 (se tabell avsnitt 3.2)	-12 mnkr
Effekt av nuvarande och planerade åtgärder:	+ 30 mnkr
Summa:	-52 mnkr

Enligt förslag i tilläggsbudget 2016 erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 mnkr. Åtgärder behöver vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 med ytterligare 50 mnkr så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS.

Följande alternativa åtgärder kan prövas

Alternativ åtgärd	Risk
Personalneddragning generellt utan att förändra strukturen inom vården eller annan genomgripande förändring i t ex arbetsmodeller eller bemanning genomförs. Effekter av en sådan åtgärd kräver ett förändrat arbetssätt med minskad bemanning som är väl förankrad i personalgrupper.	Att SkaS inte kan utföra sitt uppdrag enligt vårdöverenskommelsen 2016 och kan leda till att större behov finns för köp av vård för de patienter som ingår inom vårdgarantin. Att bemanning inte kan ske på optimalt sätt med stor risk för försämrade arbetsmiljö och försämrade patientsäkerhet. - För gles bemanning med för hög arbetsbelastning på befintlig personal - Riskerar högt övertidsuttag
Minskning av vårdplatser	Ständiga överbeläggningar då nuvarande nivå inte motsvarar inflödet av akuta patienter.
Stopp för bemanningsläkare inom alla specialiteter	Planerade uppdraget klaras inte och även i vissa områden risk för akuta uppdraget. Väntetider klaras inte, risk för ökad kostnad då patienter söker vård på annat ställe.
Stopp för inköp av/stopp för nyttjande av till exempel nya läkemedel, medicinska hjälpmedel	Klarar inte uppdraget för jämlik vård, försämrar kvaliteten för patienter med kroniska sjukdomar.
Stoppa alla investeringar för lokaler och utrustning	För utrustning påverkar säkerheten och medför fördyrat underhåll, för lokaler finns risk för att arbetsmiljön försämras samt att i vissa delar lokaler inte kan användas på grund av säkerhetsrisker. Tidplan för lagligt krav på sanering klaras inte.

Inriktning i arbete med åtgärder på längre sikt

För att få permanent effekt på åtgärder i den omfattning som beskrivs i denna rapport krävs ett långsiktigt arbete. Dagliga effektiviseringar räcker inte utan större aktiviteter måste genomföras. Målet är att SkaS uppdrag för länssjukvård i Skaraborg ska kunna genomföras enligt politisk beslutad struktur men till en kostnadsnivå som är anpassad till resurstilldelning.

För åtgärder som ska möta kostnadsutvecklingen på längre sikt måste dessa utformas inte bara ur det ekonomiska perspektivet utan för en verksamhet i balans. För SkaS innebär det att patient-, process-, medarbetar- och ekonomiperspektiven balanseras. För att mer långtgående åtgärder ska kunna genomföras behövs politiska beslut på olika nivåer.

Långsiktiga åtgärder – perspektiv 2017-2025

Nedan redovisas ett antal områden som är framtagna utifrån ett helhetsperspektiv för att kunna möta och definiera SkaS långsiktiga uppdrag som en del i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. I det fortsatta arbetet ska även beaktas:

- Behovsunderlag
- Patientströmmar
- Kompetensförsörjning
- Ekonomiska förutsättningar
- Medicinsk utveckling

Struktur för den akuta och planerade länssjukvård

För att ta fram åtgärder på sikt och därmed komma i balans krävs att beslut fattas kring vilken länssjukvårdsstruktur som ska utvecklas inom SkaS upptagningsområde. Idag finns beslut kring framtidens hälso- och sjukvård. Där beskrivs hur vårdnivån ska utvecklas men den behöver kompletteras med politiskt beslut kring specialiserad akutsjukvård. Exempel på punkter som behöver utredas:

- Gå vidare och genomför nivågrupperingen i utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård"
- Komplettera utredningen med struktur för specialiserad akutsjukvård
- Jourcentraler – genomför placering på sjukhusorter
- Optimera vårdplatsstrukturen

Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna

Inom Skaraborg finns en väl fungerande struktur för vårdsamverkan och närsjukvård. I de utredningar som nu presenteras på nationell nivå beskrivs ytterligare samarbete med den kommunala vården. Här skulle Skaraborg kunna bli en pilot i detta arbete, till exempel:

- Utred samarbete med kommunerna om heldygnsvård
- Utred konsultationsstöd för kommunala korttidsplatser
- Utveckla specialiserad närsjukvård utifrån vårdsamverkans perspektiv geriatrik-/palliativ-/psykiatrisk-/barn- och ungdomsvård

Resurser och struktur

Inom Västra Götalandsregionen finns politiska beslut kring hur produktionsplanering och -styrning ska kunna utvecklas på regionnivå. Det innebär att åtgärder och behandlingar koncentreras till olika delar av regionen. Dessa beslut kräver ibland förändringar och medför kostnader som inte ryms inom nuvarande ersättningsutrymme. Den politiskt beslutade strukturen är inte alltid den mest kostnadseffektiva men av andra skäl ska den utvecklas och bör då även vara finansierad.

- Produktionsplanering -/styrning samt dess ersättningsmodell
- Struktur – politisk beslutad/finansierad

Kompetensförsörjning

En av sjukhusets viktigaste resurser är dess medarbetare. Men det finns många bristområden och stor konkurrens med andra vårdaktörer. Kompetensbrister har bland annat lösts med bemanningsföretag, extra arbetspass och övertid vilket påverkar ekonomi och arbetsmiljö på ett negativt sätt. Att utveckla servicetjänster och uppgiftsväxling skulle då kunna vara en möjlighet till att utnyttja kompetensen på rätt sätt. Exempel på områden som behöver utredas:

- Uppgiftsväxling (fullfölja och utveckla regionalt uppdrag?)
- Servicepersonal
- Administrativa stödfunktioner
- Chefsutveckling

Arbetsmodeller

Utredningar har visat att vårdens arbetsmodeller inte förändrats fastän medicinsk och teknisk utveckling ger helt andra förutsättningar och möjligheter. Dagens utbildningar har annat fokus än tidigare och vårdens processer utvecklas mot kortare vårdtider och mer egenvård. Bemanningen behöver anpassas till tider då de största patientflödena finns över hela dygnet och alla årstider. Exempel på områden som behöver utredas:

- Personcentrerad vård (framtidens vårdavdelning)
- Verksamhetsanpassad bemanning (pågående regionalt uppdrag?)
 - Bemanning över större organisatoriska områden
 - Fasta scheman
 - Stärkt styrning av läkares schemaläggning

För samtliga områden bör snabb genomgång göras för att få fram beslutsunderlag på fortsatt arbete. Inom flera av områdena finns redan pågående regionala uppdrag där SkaS får arbeta för att dessa blir genomförda. Inom andra områden finns tidigare fattade beslut som ännu inte verkställts.

Bilagor

- Uppdragshandling - Risk- och konsekvensanalys styrelsen SkaS
Diarienummer SkaS 228-2015
- Delrapport - Beskrivning av SkaS ekonomiska läge
- Delrapport - Produktion SkaS
- Delrapport - Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskommelse 2015
inför risk och konsekvensanalys SkaS
- Delrapport HR - (bygger på bokslut 2015)

Delrapport: Beskrivning av Skaraborgs Sjukhus
ekonomiska läge

Risk och konsekvensrapport
för
Skaraborgs Sjukhus

		Publiceringsdatum: 2016-01-18	SkaS 228-2015
Ämne: Ekonomi	Dokumentnamn: Beskrivning av SkaS ekonomiska läge	Gäller vid: SkaS	Sida: 2(15)
Handläggare: Åsa Ranbro Jansson	Godkänt av: GPS	Revideringsdatum:	Version:

Beskrivning av Skaraborgs Sjukhus ekonomiska läge

Syfte

Beskrivningen av Skaraborgs Sjukhus (SkaS) ekonomiska utveckling syftar till att belysa bakgrund och de främsta orsakerna till SkaS nuvarande ekonomiska läge samt hur förutsättning-arna ser ut under åren framöver. Rapporten innehåller även en redovisning av kostnadsutvecklingen över de senaste fem åren för ett urval av kostnadsslag.

Sammanfattning

Anledningen till SkaS ekonomiska obalans 2015 kan delas upp i tre huvudorsaker:

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- Förändrade förutsättningar i budget 2015
- Verksamhetsförändringar med ökade lönekostnader inom främst vuxenpsykiatri (där tidigare budgetöverskott minskar) och palliativ vård samt kostnadsökningar inom medicinskt material och läkemedel under 2015

Åtgärder för att minska kostnadsnivån har vidtagits med början under hösten 2014. Den sammanlagda effekten 2015 uppgår till 48 mnkr.

Vid genomgång av kostnadsutvecklingen för perioden 2010-2014 kan man inte se något som tyder på att SKAS generellt haft en högre kostnadsutveckling än övriga jämförbara sjukhus (NU+SÄS).

SkaS står inför stora ekonomiska utmaningar inom de närmaste åren. Kostnadsökningar i hyra och avskrivningar till följd av stora planerade fastighetsinvesteringar samt bedömningen om framtida årliga effektiviseringskrav utgör de största orsakerna. Totalt beräknas behovet av åtgärder till cirka 400 mnkr under perioden 2016-2020, det vill säga att den årliga kostnadsnivån har minskat med 400 mnkr år 2020.

Historik

SkaS ekonomi har sammantaget de senaste åren varit i balans. I nedanstående tabell framgår SkaS budgetavvikelse för perioden 2010-2015. För perioden 2010 till 2014 är SkaS sammanlagda resultat +28 miljoner kronor.

I budgetavvikelse får hänsyn tas till tillfälliga medel som SkaS under åren 2012-2014 fått via nämnd i slutet av året.

- 2014 ersättning 10 mkr (för att stödja brist och utvecklingsområden inom BUP/BUM, VUP, Palliativ vård) + 3,5 mkr för brännskadepatient.
- 2013 ersättning 5 mkr för akutprocessen.
- 2012 SkaS når inte uppsatta mål för produktionsvolymen i VÖK och når därmed inte ersättningstaket. Erhöll 26,4 mkr vilket gjorde att SkaS erhöll takersättningen enligt VÖK för 2012.



Resultat och budgetavvikelse SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat, mnkr	29,8	-26,1	27,9	24,4	-55,9	-63,4
Budgetavvikelse, mnkr	29,8	-26,1	27,9	38,4	-41,9	-51,4
Godkänt användande av eget kapital				-14,0	-14,0	-12,0

Källa: Raindance

Bruttointäkt SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttointäkt, mnkr	-3 381	-3 471	-3 560	-3 639	-3 767	-3 944
Index	100,0	102,7	105,3	107,6	111,4	116,7
Indexförändring mellan år		2,7	2,6	2,3	3,8	5,3

Källa: Raindance

Bruttokostnad SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, mnkr	3 344	3 494	3 528	3 612	3 820	4 008
Index	100,0	104,5	105,5	108,0	114,2	119,8
Indexförändring mellan år		4,5	1,0	2,5	6,2	5,6

Källa: Raindance

Bruttokostnad SÄS och NU 2010-2014

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, SÄS+NU, mnkr	6 951	7 308	7 553	7 665	7 875	0,0
Index	100,0	105,1	108,7	110,3	113,3	0,0
Indexförändring mellan år		5,1	3,5	1,6	3,0	0,0

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

Intäktsutveckling – nämndens regionbidrag och dess fördelning till SkaS

Speciella ersättningar/satsningar SkaS							
utöver index							
mnkr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Logopedi barn	1,0		1,2				2,2
BUP	4,0	5,0					9,0
Logopedi vuxna				1,4			1,4
Vuxenpsykiatri	4,0						4,0
Palliativ vård	1,0			3,0			4,0
Närsjukvård	7,5						7,5
Ablationer	5,0	2,0					7,0
Hyreshöjning, läkemedel		3,0					3,0
Akutprocessen				12,0			12,0
Uppdrag smärta					2,5		2,5
Ersättning utan särskilt uppdrag	22,5	35,0	20,0		-30,0	30,0	77,5
Omställningsstöd/obalanstillägg					95,0	-10,0	85,0
"Efter ordnat införande"						13,0	13,0
Summa	45,0	45,0	21,2	16,4	67,5	33,0	228,1

175,5

Utökad ersättning utgör i de flesta fall även ett utökat uppdrag och därmed utökade kostnader. I ovanstående tabell utgör dock beloppen på de tre raderna längst ner i tabellen ett reellt tillskott på totalt 175 mnkr under perioden 2011-2016, varav skattehöjningen 2015 medförde 75 mnkr.

Ersättningsutrymmet har även minskats/ej uppräknats till följd av regionala effektiviseringskrav, beloppen framgår av nedanstående tabell.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Effektiviseringskrav	-29	-30	-31	-22	-19	-33	-33	-196
Besparing konsulter, kurser o konf m m				-2	-1	-1		-4
Besparing IT-konsulter				-2	-1	-1		-3
SUMMA	-29	-30	-31	-26	-21	-35	-33	-204

*) 2010-2012 1 %, 2013 0,7 %, 2014 0,6 %, 2015 1 %, 2016 motsvarar indexuppräknningen ett effektiviseringskrav på minst 1%

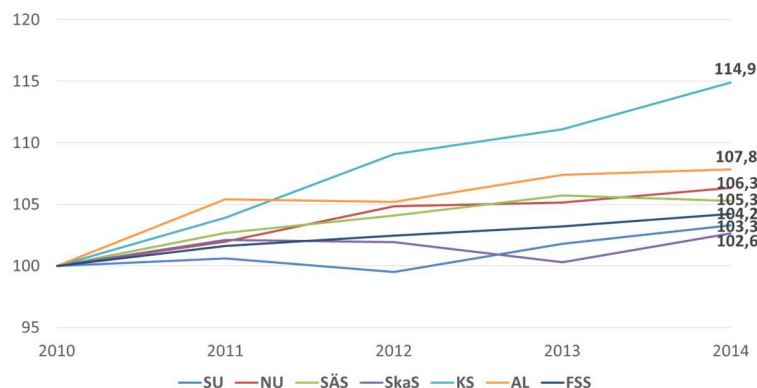
Totalt har alltså tillförts 175,5 mnkr men samtidigt har medel motsvarande 204 mnkr "reducerats" i form av effektiviseringskrav genom att indexuppräknningen för ersättningen i VÖK minskats med ca 1 procent varje år jämfört med ursprungligt framräknat LPI (landstingspris-index). För 2016 finns inget uttalat effektiviseringskrav i planeringsdirektiven för budgetarbetet men den indexuppräknning som erhållits medför indirekt ett effektiviseringskrav på minst 1%, effektiviseringskravets storlek beror på vilka nivåer löneavtalen för 2016 samt kostnaden för den medicinska utvecklingen landar på.

Kostnadsutveckling för vissa kostnadsslag

Under åren har kostnadsutvecklingen varit hög inom vissa specifika kostnadsslag. Nedan redovisas kostnadsutvecklingen för dessa samt dess huvudsakliga orsaker. För jämförelse över tid har ett kostnadsindex beräknats med basår 2010. För att relatera SkaS kostnadsutveckling till jämförbar verksamhet har ett index även beräknats för summan av kostnaderna för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) och NU-sjukvården, samtliga kostnadsdata är hämtade från ekonomisystemet Raindance via VGR:s utdataplattform.

Personalkostnader

I nedanstående diagram redovisas utvecklingen av antal nettoårsarbetare för åren 2010-2014. SkaS har lägst index (102,6).



Källa: Personalkostnadsanalys VGR:s sjukhus, Koncernledningskontoret

I januari 2010 infördes anställningsstopp och i samband med detta placerades ca 200 tillsvidareanställd övertalig personal i ett resursteam för att successivt placeras ut i verksamhet när vakanser uppstod. I november 2010 övergick anställningsstoppet till anställningsrestriktion/prövning. April 2012 infördes åter ett anställningsstopp som i mars 2013 övergick till anställningsrestriktion/prövning, vilket upphörde maj 2014. Oktober 2014 återinfördes åter igen anställningsrestriktioner/prövning vilket gäller fortfarande.

SkaS personalkostnader inkl kostnad för bemanningsföretag

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	-1 992,0	-2 082,4	-2 139,3	-2 169,9	-2 324,8	-2 411,2
Index	100,0	104,5	107,4	108,9	116,7	121,0
Indexförändring mellan år		4,5	2,9	1,5	7,8	4,3

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	-4 257,5	-4 495,7	-4 681,1	-4 831,3	-5 014,4	0,0
Index	100,0	105,6	109,9	113,5	117,8	0,0
Indexförändring mellan år		5,6	4,4	3,5	4,3	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatub

Nedan framgår utvecklingen av anställningar över tid. I avvikelserna ingår nya respektive förändrade uppdrag: t ex Palliativa enheten, utbildningsuppdraget, ordnat införande (t ex kontaktsjuksköterskor) och sjukskrivningsmiljard (rehab/fysioterapeuter).

Anställningar	2009/Nov	2010/Nov	2011/Nov	2012/Nov	2013/Nov	2014/Nov	2015/Nov
Tillsvidareanställd	3 978	3 892	3 885	3 823	3 767	3 890	3 927
Visstidsanställd	168	301	373	280	351	352	286
Timavlönad	99	180	207	163	175	203	227
Summa	4 245	4 373	4 465	4 266	4 293	4 445	4 440
Diff		128	92	-199	27	152	5

Nettoårsarbetare	2009/Nov	2010/Nov	2011/Nov	2012/Nov	2013/Nov	2014/Nov	2015/Nov
Tillsvidareanställd	3 304	3 223	3 239	3 199	3 146	3 285	3 296
Visstidsanställd	151	266	341	250	308	315	263
Timavlönad	26	61	71	51	59	64	71
Summa	3 482	3 550	3 652	3 500	3 512	3 664	3 631
Förändring		69	101	-152	13	152	-34

Övertid

Kostnaden för övertid har minskat något under det senaste året men utgör fortfarande en stor kostnad. Orsaken uppges vara de dyra bemanningslösningar som verksamheten använt sig av vid personal-/vårdplatsbrist, så kallade bemanningssnurror, samt den extra ersättning som betalas ut för att lösa kompetensförsörjningen under semesterperioden juni-augusti.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	41,5	33,7	31,3	39,1	49,9	45,2
Index	100,0	81,3	75,5	94,4	120,3	108,9
		-18,7	-5,8	18,9	25,9	-11,5

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	79,0	97,6	96,4	119,7	124,8	
Index	100,0	123,6	122,1	151,5	158,0	
		23,6	-1,5	29,4	6,5	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatklub

Bemanningsföretag

Till följd av stora problem med kompetensförsörjningen av framförallt specialistläkare har kostnaden för bemanningsföretag varit hög under en längre tid. Cirka 36 miljoner kronor av 2015 års kostnad utgörs av kostnad för inhyrda läkare, resten utgör kostnad för sjuksköterskor. Målsättningen 2015 var att minska kostnaden med 25% jämfört med 2014 men detta har verksamheterna inte lyckats med. Kostnaden har varit hög inom främst vuxen- och barnpsykiatri samt ögonverksamheten. Procentuellt sett har kostnaden ökat mycket jämfört med SÄS+NU, men kostnadsnivån för basår 2010 var betydligt lägre på SKAS.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	33,5	45,8	32,1	21,7	43,8	40,6
Index	100,0	136,6	95,7	64,8	130,7	121,2
Indexförändring mellan år		36,6	-41,0	-30,9	65,9	-9,5

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	141,6	200,1	173,7	122,0	135,8	0,0
Index	100,0	141,3	122,6	86,1	95,9	0,0
Indexförändring mellan år		41,3	-18,7	-36,5	9,8	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatklub

Köpt vård

Kostnaderna för köpt vård (garanti- valfrihet-, högspecialiserad vård) har visat en positiv trend sedan 2010 även om 2015 innebär en kostnadsökning jämfört med tidigare år. SkaS har under 2015 haft sämre tillgänglighet vilket gjort att fler patienter valt att åka till andra vårdgivare via valfriheten då det inte funnits avtal att avropa inom vårdgaranti. Den nya patientlagen ger även patienter större möjlighet att söka vård hos andra vårdgivare. Detta har till viss del påverkat kostnadsökningen.

SKAS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	68,4	67,4	63,8	60,7	54,9	57,1
Index	100,0	98,5	93,3	88,6	80,2	83,4
Indexförändring mellan år		-1,5	-5,2	-4,7	-8,5	3,3

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	148,5	176,5	167,4	193,1	143,4	127,6
Index	100,0	118,9	112,7	130,0	96,6	85,9
Indexförändring mellan år		18,9	-6,1	17,3	-33,4	-10,7

Läkemedel

Kostnaden för läkemedel har ökat kraftigt framförallt under 2015 till följd av kostnad för verksamma läkemedel för behandling av Hepatit C samt avsaknad av större patentutgångar. Större delen av kostnaden för Hepatit-C-läkemedel (90%) täcks 2015 med intäkter via sk ordnat införande. Kostnaden uppgår till ca 22 mnkr för 2015. Kostnadsutvecklingen 2015 exklusive Hepatit-C-lm uppgår till cirka 8%. I maj 2013 förändrades redovisningsrutiner för stomi-produkter och i oktober för diabetes. Kostnaden redovisas från maj resp oktober 2013 under kontoslag medicinskt material i stället för under kontoslag läkemedel.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	386,3	412,9	396,1	398,4	406,6	460,3
Varav ordn införande och soli	6,0	5,6	16,4	13,9	18,9	44,9
Index	100,0	106,9	102,5	103,1	105,2	119,1
Indexförändring mellan år		6,9	-4,4	0,6	2,1	13,9

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	753,4	769,8	796,4	786,8	805,5	0,0
Index	100,0	102,2	105,7	104,4	106,9	0,0
Indexförändring mellan år		2,2	3,5	-1,3	2,5	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

Medicinskt material

Kostnaden för medicinskt material har ökat med 56 miljoner kronor sedan 2010. Kostnadsutvecklingen för medicinskt material har varit kraftig de två senaste åren. Det är främst kostnadsökningar för dyrare medicinskt material på operation och IVC som ökar, både på grund av prisökningar men även till följd av volymökningar av materialkrävande ingrepp på IVC. Under 2015 förklaras den höga kostnadsutvecklingen till stor del av att man inom diabetesvården börjat införa diabetessensorer, kostnaden för dessa uppgår till ca 13 miljoner kronor 2015. I maj 2013 införs förändrade redovisningsrutiner för stomiprodukter och i oktober för diabetesprodukter. Kostnaden redovisas från maj resp oktober under kontoslag medicinskt material i stället för kontoslag läkemedel. Den förändrade redovisningsrutinen hade störst genomslag 2014, cirka 10 mkr och är en orsak till den stora kostnadsökningen mellan 2013 och 2014 för medicinskt material.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	119,5	123,2	119,7	126,7	157,6	175,4
Index	100,0	103,0	100,2	106,0	131,8	146,7
Indexförändring mellan år		3,0	-2,9	5,8	25,9	14,9

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	280,1	289,4	270,8	308,7	357,9	0,0
Index	100,0	103,3	96,7	110,2	127,8	0,0
Indexförändring mellan år		3,3	-6,6	13,5	17,6	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatkub

Eftersom flera förändringar skett i redovisningen mellan kontogrupperna för medicinskt material och läkemedel så redovisas nedan en tabell med summan av kostnaden för läkemedel och medicinskt material där effekten av dessa förändringar neutraliseras.

SkaS läkemedel+medicinskt material

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	505,9	536,1	515,8	525,0	564,2	635,7
Index	100,0	106,0	102,0	103,8	111,5	125,7
Indexförändring mellan år		6,0	-4,0	1,8	7,7	14,1

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	1 034	1 059	1 067	1 096	1 163	0,0
Index	100	102,5	103,3	106,0	112,6	0,0
		2,5	0,8	2,7	6,6	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatkub

Hjälpmedel

Vid jämförelse med övriga sjukhus (NU, SÄS) har SkaS en hög kostnad för ortopedtekniska hjälpmedel och service.

Kostnad 2014 OTA

Tkr	SkaS	NU	SÄS
Löner och sociala avgifter	14 400	10 049	10 925
Hjälpmedel	19 978	10 384	14 554
Hyra	996	2 285	236
Gånglab	450		
Övrigt	6 000	5 025	6 364
Totalt	41 824	27 743	32 079

Analys visar att Skaraborgs Ortopedservice (SOSAB) har hög kvalitet, god tillgänglighet och höga volymer vilket även genererar en hög kostnad. Nuvarande avtal gäller sedan 2013 och bedömdes vid avtalstecknandet ge en betydande kostnadsminskning jämfört med tidigare år. Kostnadsminskningen har uteblivit främst beroende på ökade volymer.

För medicinska hjälpmedel har en förändring av kostnadsansvar för så kallad förtroendeförskrivning genomförts from 2015. Förändringen innebär att de medicinska hjälpmedel som Närhälsan förskriver inte längre budgeteras och kostnadsförs på SkaS. Förändringen genomfördes from 2015 och uppgår till ca 3,7 mnkr. Redovisningen av hjälpmedlet CPAP (andningsmask) har ändrats från kontogrupp hjälpmedel till medicinskt material i april 2015, vilket påverkat totalkostnaden för hjälpmedel som minskat med ca 2,7 mnkr under 2015.

Med hänsyn tagen till de redovisningsmässiga förändringar som genomförts 2015 är kostnadsnivån för hjälpmedel oförändrad 2015 jämfört med 2014. (Nedanstående belopp redovisas enligt bokföringen, dvs exklusive justeringar för redovisningsmässiga förändringar).

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	58,5	66,4	60,8	62,2	66,6	57,2
Index	100,0	113,5	103,8	106,4	113,8	97,7
		13,5	-9,7	2,5	7,5	-16,1

Källa: Raindance

Laboratorieanalyser

Kostnadsökningen för labanalyser har varit hög under 2015. Ökningen avser främst köp från Unilab AB, vilken utgör den största leverantören av labanalyser till SkaS, men även kostnaderna för köp av labanalyser från SU har ökat. Ökningen förklaras till stor del av volymökning vilken har flera olika orsaker, tex fler onkologipatienter, ändrade provtagningsrutiner inför nybesök för knä- och höftartrosor, utökad läkarbemannning inom vissa specialiteter vilket har lett till ökad öppenvårdsproduktion och ökat antal provtagningar (just nu högt antal behandlade hematologpatienter, ökning även av patientflöden på hudmottagning), standardiserat arbetssätt på akutmottagningen i Lidköping när det gäller labprover, mer provtagning inför start av hepatitbehandling, ökning av antal tuberkulospatienter, att övertag från SU av njurtransplanterade patienter sker tidigare mm. En tydlig minskning av kostnaden märks 2012. Nytt avtal med Unilab AB ger lägre priser from 2012 samt att nuklearmedicin (ca 6 mnkr) övertas i egen regi från Unilab.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	134,2	142,6	118,9	115,2	122,3	131,8
Index	100,0	106,2	88,6	85,8	91,1	98,2
Indexförändring mellan år		6,2	-17,6	-2,8	5,3	7,1

Källa: Raindance

Hyror och lokalkostnader

Årskostnaden för hyra av sjukhusets lokaler samt larm och bevakning har ökat med 50 miljoner kronor mellan åren 2010-2015. Den främsta orsaken till kostnadsökningen är ny internhyresmodell för lokaler. Totalt har effekten av den nya internhyresmodellen påverkat SkaS kostnads-/intäktsnivå negativt med cirka 40 miljoner kronor. Förändringen är genomförd stegvis under 2013-2015 där effekten mellan 2014 och 2015 uppgår till -27 miljoner kronor. Andra orsaker till hyresökningen är omfattande ombyggnationer och lokalförändringar i samband med PCB-sanering i Skövde samt större lokalinvesteringar vid Lidköpings sjukhus.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	188,2	195,4	208,7	221,5	233,4	238,9
Index	100,0	103,8	110,9	117,7	124,0	127,0
		3,8	7,1	6,8	6,3	3,0

Källa: Raindance

Jämförelse med Säs och NU

				2015/nov	utfall ack per nov	Nyckeltal:			
	Budget (kr) 2016	Påverkan ny hyresmodell		Kontraktsyta	Anställda	Prestpoäng i VÖK 2016	Kr/m2	Kr/anställd	Kr/prestpoäng
SkaS	219 258 012	40 000 000	157/197	150 105	4 440	60 999	1 461	49 382	3 594
Mariestad	10 557 579			6 250			1 689		
Falköping	37 786 344			23 243			1 626		
Lidköping	45 429 600			27 667			1 642		
Skövde	125 484 489			92 946			1 350		
NU	237 990 778	-6 000 000	230/224	152 953	5 542	69 990	1 556	42 943	3 400
SäS	194 702 848	-10 000 000	197/187	122 894	4 290	54 576	1 584	45 385	3 568

Källa: Uppgifter om budget och yta från Västfastigheter, Patrik Rubensson. Nyckeltalsberäkningar gjorda utifrån antal anställda per nov 2015 samt ack prestationspoäng per november 2015 enligt data i Cognos UDP.

Avskrivningar

Kostnaden för avskrivningar har ökat i takt med att ny medicinsk utrustning införs, som kostar mer än den utrustning som utangeras, samt till följd av större lokalinvesteringar. Kostnaden för avskrivningar kommer att öka framöver i samband med större fastighetsinvesteringar, främst för serviceblocket (operation, anestesi, IVA, bild- och funktionsmedicin). Medicintekniska avdelningen arbetar för att i så stor utsträckning som möjligt senarelägga vissa utbyten enligt plan, för att komma i fas med fastighetsprojekten och de utbyten som kommer att vara nödvändiga i samband med att nya lokaler står färdiga.

SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	57,2	57,3	67,2	68,9	68,0	70,4
Index	100,0	100,1	117,6	120,4	118,9	123,1
Indexförändring mellan år		0,1	17,5	2,9	-1,6	4,2

Källa: Raindance

Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	139,3	143,4	149,5	152,1	148,4	
Index	100,0	102,9	107,3	109,2	106,5	
Indexförändring mellan år		2,9	4,4	1,9	-2,7	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

Sammanfattning kostnadsutveckling

Vid genomgång av kostnadsutvecklingen för ovanstående kostnadsslag kan man inte se något som tyder på att SKAS generellt haft en högre kostnadsutveckling än övriga jämförbara sjukhus (NU+SÄS). Det som avviker något är kostnadsutvecklingen för bemanningsföretag, kostnaden för hyra och avskrivningar samt ortopedtekniska hjälpmedel och service.

När det gäller kostnad för bemanningsföretag är det den procentuella utvecklingen som är högre på SkaS, den faktiska kostnadsnivån har dock varit lägre på SkaS i utgångsläget (basår 2010).

Hyreskostnaden på SkaS är hög, även i relation till antal anställda och prestationspoäng. Detta indikerar att SkaS har en högre kostnad för den struktur som finns i Skaraborg, med fyra sjukhusorter och en akutsjukvård på två orter, än övriga jämförbara sjukhus.

För ortopedteknisk service och ortopedtekniska hjälpmedel kan vid jämförelse med SÄS och NU-sjukvården konstateras, enligt tidigare utförd analys, att SkaS har en högre kostnad för denna verksamhet men även en högre volym och en hög tillgänglighet.

De kostnadsslag som under perioden 2010-2015 samt enskilt år 2015 har påverkat SkaS kostnadsnivå mest framgår av nedanstående tabell. En viss del av kostnadsökningen har täckts av särskilda intäkter vid sidan av vårdöverenskommelsen, t ex medel för ordnat införande av läkemedel, introduktionsfinansiering ledtider cancer och närsjukvårdsprojekt, men denna finansiering är oftast tidsbegränsad och verksamheten har i förlängningen ett ansvar att finansiera även dessa kostnadsökningar.

Sammanställning av kostnadsutveckling vissa kostnadsslag

Kostnadsslag	Årsbelopp mnkr	Kostnadsförändring %		Kostnadsförändring mnkr	
	2015	2010-2015	2014-2015	2010-2015	2014-2015
Personalkostnad inkl bemftg	2 411,2	21%	4%	419,2	86,4
- varav bemftg	40,6	21%	-7%	7,1	-3,2
- varav övertid	45,2	9%	-10%	3,7	-4,8
Läkemedel	460,3	19%	13%	74,0	53,7
Medicinskt material	175,4	47%	11%	55,8	17,8
Laboratorieanalyser	131,8	-2%	8%	-2,4	9,5
Hyra och lokalkostnader	238,9	27%	2%	50,7	5,6
Avskrivningar utrustning	70,4	23%	4%	13,2	2,4
Hjälpmedel	57,2	-2%	-14%	-1,3	-9,4
Total bruttokostnad	4 004,8	20%	5%	660,6	185,2

Ekonomins utveckling under 2015 på SkaS

Den ekonomiska budgetavvikelsen 2015 uppgår enligt prognos till cirka -70 miljoner kronor avseende verksamhetens resultat. Åtgärder har under 2015 liksom tidigare år vidtagits av sjukhusets verksamheter för att anpassa kostnader till budgeterad nivå. Effekten av de vidtagna åtgärderna uppgår till en kostnadsreducering på cirka 48 miljoner kronor under 2015 jämfört med 2014. Trots detta har den negativa budgetavvikelsen ökat under året. Anledningen till den ekonomiska obalansen kan delas upp i tre huvudorsaker:

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- Förändrade förutsättningar i budget 2015
- Verksamhetsförändringar som medfört betydande ökade kostnader

Ingående ekonomisk obalans

Den ingående obalansen från tidigare år utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem, vilket har fortsatt under 2015. I obalansen ligger också en rest från tidigare års kostnadsökningar, bland annat för läkemedel och medicinskt material, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader. Läkarutbildningen är ofinansierad med 7 miljoner kronor.

Förändrade budgetförutsättningar

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev cirka +/- 0.

- Ersättningen i VÖK minskas med 1% (effektiviseringskrav), cirka	-33 mnkr
- Förändrad resursfördelning, år 1	-30 mnkr
- Effekt 2015 av ny internhyresmodell	-27 mnkr
- Tillfälligt omställningsbidrag	+20 mnkr
- Utökad budget (skattehöjning)	+75 mnkr

Verksamhetsförändring som inneburit ökade kostnader

- Vuxenpsykiatri har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minskar med cirka 20 mnkr.
- Vid uppbyggnad av palliativ vårdavdelning i Skövde var avsikten att denna skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. Merkostnaden 2015 uppgår till 10 mnkr.
- Medicinskt material:
 - o Diabetessensorer, ökad kostnad med cirka 13 mnkr.
 - o Volym och prisökning IVC, prisökning Operation, totalt cirka 6 mnkr.
- Läkemedel
 - o Kostnadsökning utöver indexuppräknings och utöver kompensation inom ordnat införande (exempel Hepatit-C, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), cirka 10 mnkr.

- Ofinansierat nytt uppdrag, ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning) innebär en merkostnad på cirka 4 mnkr.
- Utökat uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror pga PCB-sanering mm, cirka 12 mnkr.

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och de mer eller mindre påverkbara kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -75 miljoner kronor, det vill säga överstiger den positiva ekonomiska effekten av genomförda åtgärder med knappt 30 miljoner kronor. Detta tillsammans med den ingående obalansen från 2014 (årsresultat 2014 -56 miljoner kronor) ger ett negativt ekonomiskt resultat 2015.

Ekonomi 2016-2020

Budgetavvikelsen under hösten 2015 ligger mellan -5 och -7 miljoner kronor per månad, se nedanstående tabell. Vid ingången av år 2016 finns därmed en ingående ekonomisk obalans på cirka -60-70 miljoner kronor för helåret. Avvikelsen är delvis förklarad av förändringar och kostnadsökningar enligt ovanstående beskrivning samt problem som funnits sedan tidigare år med bemanning och schemaläggning, produktions- och kapacitetsplanering, kvalitetsbristkostnader (vårdskador), lokalplanering, ofinansierade verksamheter (tex läkarutbildningen) mm som tillsammans ger en allt för hög kostnad för driften av sjukhusets verksamheter.

På såväl kort som längre sikt (2016-2020) kommer de ekonomiska förutsättningarna för Skaraborgs sjukhus bli än mer ansträngda. Förutom den ingående obalansen på ca -70 miljoner kronor visar en grov beräkning att åtgärder motsvarande ytterligare cirka 300 mnkr behöver vidtas för en ekonomi i balans 2020, det vill säga ett åtgärdsbehov på totalt närmare 400 miljoner kronor. I detta belopp ingår inte eventuella ytterligare konsekvenser av förändringar i VGR:s resursfördelningsmodell än det som fick genomslag för om budgetår 2015.

De största orsakerna till det utökade åtgärdsbehovet redovisas i nedanstående tabell. Summan visar det ytterligare åtgärdsbehov som tillkommer fram till år 2020, förutom den ingående obalansen från 2015 på 70 mnkr.

	2016	2017	2018	2019	2020	Summa 2016-2020
Förändringar i VÖK						
Förstärkt finansiering, VÖK	30					30
Ordnat införande, VÖK	13					13
"Omställningsbidrag" tas bort, VÖK	-10	-10				-20
Fastighetsinvesteringar och PCB-sanering						
Ökade lokalkostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-12	-16	-27	-17	-17	-89
Evakueringskostnad PCB-sanering	12					12
Ökade avskrivningskostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-3	-6	-15	-13	-13	-50
Övriga förändringar						
Läkarutbildning, beräknad utökning	-2	-2				-4
Ny styrmodell Regionsservice tjänster	-2					-2
Förändrade stödriktlinjer VGR, Regionsservice (?)		-6	-6			-12
Slutenvårdsdos		-4				-4
IS/IT, "Vindenfinansiering" mm (?)	-5					-5
Summa	21	-44	-48	-30	-30	-131

Bedömt effektiviseringskrav (skillnad mellan indexuppräknig i VÖK och bedömd kostnadsutv, lågt räknat 1%)	-33	-33	-33	-33	-33	-165
---	-----	-----	-----	-----	-----	------

Totalt ytterligare behov av kostnadsminskningar	-12	-77	-81	-63	-63	-296
--	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

Åtgärder för ekonomi i balans

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 miljoner kronor. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt de ytterligare åtgärder enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 miljoner kronor. Verksamhetschefernas åtgärdsplaner består av ett flertal olika aktiviteter, som exempel kan nämnas:

- Förändrade arbetssätt och förbättrad schemaläggning/planering leder till minskat bemanningsbehov och minskad övertid.
- Vakanshållning av tjänster.
- Revidering av arbetstidsmodeller, poängmodeller.
- Bemanningföretag ersätts med anställd personal.
- Sammanslagning och/eller utökad samordning av verksamheter.
- Utökade regionala uppdrag där ledig kapacitet finns, till exempel koloskopier.
- Åtgärder för minskade läkemedelskostnader, i samarbete med apotekare.
- Minskad kostnad för utbildning, kurser och konferenser.
- Minskade kostnader för rekrytering (annonsering).

Förutom verksamheternas åtgärdsplaner gäller en sjukhusgemensam anställningsrestriktion sedan hösten 2014 och det pågår kostnadsreducerande åtgärder på sjukhusövergripande nivå inom bland annat områdena labanalyser, läkemedel och hjälpmedel.

En sjukhusövergripande handlingsplan med åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och på sikt minska sjukfrånvaro och personalomsättning finns framtagen. Ett projekt med fokus på i första hand korttidsfrånvaron har startats upp i samverkan mellan HR, Hälsan & Arbetslivet och första linjens chefer. En översyn pågår av schemaläggning och bemanning i syfte att resursåtgången och skapa ökad kontinuitet för medarbetare och patienter, vilket bidrar till en förbättrad arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

Under året har ett arbete bedrivits tillsammans med konsult för att genomlysas bemanningen på vårdavdelning. Resultatet har påvisat stora olikheter i bemanningsbehov men även i sättet att bemanna, både avseende resursåtgång och kompetensmix. Ett fortsatt arbete är därför initierat som ska omfatta samtliga slutenvårdsavdelningar vid sjukhuset och som ska stötta och utveckla cheferna i bemanningsfrågor.

En vårdplatsutredning har genomförts under hösten som visat på behov av samordning och omfördelning av befintliga vårdplatser. Detta arbete fortsätter under 2016. En översyn för optimering av ambulansorganisationens resurser pågår och ska redovisas i januari 2016.

Under året har elva fokusgrupper startats upp för att skapa fokus, delaktighet, aktivitet och utveckling kring sjukhusövergripande och strategiskt viktiga framtidsområden. Arbetet fokuserar på långsiktiga lösningar och helhetssyn på hela vårdkedjan.

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 uppgår till cirka 50 miljoner kronor enligt nedanstående beräkning:

Ingående obalans: -70 mnkr

Förändrat ekonomiskt läge 2016 (se ovanstående tabell) : -12 mnkr

Effekt av nuvarande och planerade åtgärder: + 30 mnkr

Summa: -52 mnkr

Enligt RS förslag till beslut i RF erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 miljoner kronor. Åtgärder behöver dock vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 med ytterligare 50 miljoner kronor så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS.

Delrapport : Produktionsutveckling

Risk- och konsekvensrapport

För

Skaraborgs Sjukhus

		Publiceringsdatum: 2016-01-13	Diariennr: SkaS 228-2015
Ämne: Ekonomi/Produktion	Dokumentnamn: Produktionsutveckling SkaS 2012-2015	Gäller vid: SkaS	Sida: 1(11)
Handläggare: Charlotte Ejerblom	Godkänt av: GPS	Revideringsdatum:	Version:

Produktionsutveckling SkaS 2012-2015

Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva hur SkaS får sitt produktionsuppdrag, dels från nämnder vårdöverenskommelse (VÖK) och dels via VGR. Rapporten ska beskriva vilka faktorer som påverkar den produktionsbudget som fastställs i VÖK. Rapporten ska även redovisa vilka åtgärder som krävs för att nå uppsatta mål för beställd vård och tillgänglighet enligt vårdgaranti.

Sammanfattning

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den vård som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har för länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

Patientprocesser förändras över tid av bland annat teknisk, digital och medicinsk utveckling. Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patientprocesser innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården totalt.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål krävs utvecklingsarbete inom flera olika områden, bland annat:

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser
- Utveckla patientprocesser
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsjukvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

Effektiviseringar och utveckling av patientprocesser är nödvändig, inte bara utifrån krav på fastställda produktionsvolymen utan också för att möta de kostnadsökningar som den tekniska och medicinska utvecklingen bidrar till.

Produktionsbudget

SkaS totala produktionsbudget består av tre delar och summeras i detaljbudgeten.

1. Störst produktionsvolym finns i budgeten som fastställs i VÖK. Detta är huvuduppdraget för SkaS. Budgeten i VÖK beskriver hur mycket vård som ska utföras på SkaS åt invånare inom upptagningsområdet för Östra hälso- och sjukvårdsnämnden.
2. Utöver produktionsbudgeten i VÖK har SkaS även en budget för produktion av vård för patienter från övriga sjukvårdsnämnder inom regionen samt för patienter boende utanför VGR.
3. I december 2013 tog regionstyrelsen beslut om Regional produktionsstyrning. Beslutet innebär en regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosgrupper för att öka kvalitet och förbättra tillgänglighet för invånarna i Västra Götaland. Varje år i samband med budgetarbetet fastställs hur stort tilläggsuppdrag respektive sjukhus ska ha. Under 2015 har SkaS tilläggsuppdrag för obesitasoperationer, koloskopier och höft-/knäplastiker.

Budgetarbetet

Inför ett nytt budgetår förs en dialog kring vilka volymer som ska produceras inom de tre olika budgetposterna.

1. Produktionsbudgeten i VÖK bestäms främst utifrån tidigare års produktion. Andra faktorer som påverkar är nya och förändrade uppdrag, förändring av vårdplatser samt hur tillgänglighet till besök och behandling ser ut. En annan faktor som har stor påverkan är den medicinska och tekniska utvecklingen.
2. Budget för patienter boende utanför VGR baseras på tidigare års utfall.
3. Budget inom Regional produktionsstyrning baseras främst på hur tillgängligheten inom vissa diagnosgrupper ser ut.

Produktionsanalys och utveckling av produktionsbudget 2012-2016

Under slutet av 2012 och under 2013 skedde en förändring i produktionsutfallet inom slutenvården på Skaraborgs Sjukhus. Förändringen fortsatte 2014, om än i mindre omfattning. I december 2014 var antal sjukhusvårdtillfällen 1 260 färre jämfört budget och antal DRG-poäng hade minskat med 1 500 poäng jämfört med budget.

En förklaring till avvikelsen var minskat antal vårdplatser inom somatisk slutenvård, men detta förklarade inte hela förändringen. En fördjupad analys av slutenvården gjordes för att hitta orsaker till förändringen.

Tabellen nedan visar antal sjukhusvårdtillfällen per år inom somatiska vårdavdelningar. I tabellen ser man att det sker en förändring i antal sjukhusvårdtillfällen mellan åren 2012 och 2013.

	Sjukhus Vtf	DRG-vikt	Kostnad/DRG Poäng	Medelvårdtid
2010	37 141	32 352	49 895 kr	5,00
2011	37 543	32 437	49 654 kr	4,85
2012	37 451	32 479	48 160 kr	4,82
2013	35 856	31 125	51 431 kr	4,85
2014	35 506	31 001	51 406 kr	5,05
2015				

Fördjupad analys av slutenvårdsproduktion

En fördjupad produktionsanalys av slutenvården gjordes för att hitta orsaker till förändringen. Analysen bifogas denna rapport, se bilaga 1 – Produktionsanalys somatisk slutenvård.

Analysen av somatisk slutenvård visade att förändringen kunde delas in i fyra grupper. För mer information om innehållet i varje grupp se sidan 3-5 i bilaga 1.

1. Anpassning efter medicinska riktlinjer (-285 DRG-poäng, -265 sjukhusvårdtillfällen)
2. Förändrat behov (-377 DRG-poäng, -583 sjukhusvårdtillfällen)
3. Överföring från sluten- till öppenvård (-280 DRG-poäng, -272 sjukhusvårdtillfällen)
4. Överföring till annan förvaltning (-312 DRG-poäng, -64 sjukhusvårdtillfällen)

Slutsats produktionsanalys

En slutsats i analysen var att patientprocesser förändras över tid. Under senare år har den tekniska, digitala och medicinska utvecklingen påverkat patientprocesser inom alla verksamhetsområden.

Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget i VÖK. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patientprocesser innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården.

Ny teknik och nya läkemedel är dyra. Vid flytt av slutenvård till öppenvård krävs ofta samma resursåtgång. Detta gör att det inte alltid finns en koppling mellan minskat antal vårdkontakter och minskad totalkostnad för sjukhuset.

Budgetutveckling 2012-2016

Inför 2012 fastställdes både öppen- och slutenvårdsbudgeten utifrån faktiskt produktionsutfall 2011. Detta gjordes för alla sjukhus i regionen. Inför varje nytt budgetår förändras budgeterade volymer i VÖK baserat på tidigare års utfall,

Öppenvårdsbudget

Nedanstående tabell visar budgetförändringar under perioden 2012-2016 samt kommentarer till justeringar inom öppenvården.

Budget öppenvård	Budget 2012	Budget 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016
Besök	211 119	216 000	211 000	201 000	205 000
DRG-besök	73 300	68 400	67 600	68 300	70 000
VUP	46 758	46 500	46 500	42 000	43 000
BUP	10 072	10 000	10 000	10 000	10 000
Totalt antal besök exkl akuten	341 249	340 900	335 100	321 300	328 000
DRG poäng öppenvård		7 250	7 000	6 930	7 260

Kommentar till budgetjustering 2015

Öppenvårdsbesök: "Justerings av besök 2015 pga förändrade arbetssätt. T.ex ny rutin på Hud där man gör klart patienten på ett besök i stället för 2 besök. Förskjutning från "öga mot öga" till telefonbesök som inte räknas som "prissatta besök".

Kommentar till budgetjustering 2016

Öppenvårdsbesök: "Trend visar ökat antal besök, främst efterföljande besök. Justerar för detta.

DRG-besök: Ökning av antal DRG-besök bland annat till följd av flytt från slutenvård till öppenvård."

Slutenvårdsbudget

Nedanstående tabell visar budgetförändringar inom slutenvården samt kommentarer till justeringen inom slutenvården. I 2015 års budget är hänsyn tagen till produktionsanalysen som beskrivits ovan.

Budget slutenvård	Budget 2012	Budget 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016
Sjukhusvårdtillfällen somatik	37 284	35 700	35 535	33 600	33 600
DRG poäng somatik	33 703	31 800	31 319	28 620	30 000
Vårdtillfällen VUP	1 617	1 620	1 620	1 620	1 620
Vårddagar VUP	39 702	36 500	26 500	26 500	26 500
Antal inskrivna BUP	48	60	60	60	70
Antal vårddagar BUP	1 016	1 000	900	900	900
Antal vårddagar R-psyk	7 300	7 300	7 900	7 900	7 900

Kommentar till budgetjustering 2014

"Förändring av budgeterade vårddagar inom vuxenpsykiatri beroende på att permissionsdagar tidigare varit inkluderade i budgeten. Från och med 2013 redovisas inte permissionsdagar i produktionsutfall."

Kommentar till budgetjustering 2015

"Inför VÖK 2015 gjordes en fördjupad analys av produktionsutfallet 2011-2014 för att hitta en förklaring till de förändringar som kunde ses i produktionsutfall, framförallt mellan åren 2012 och 2013. Produktionsbudget 2015 justerades utifrån analysen." (se kapitel produktionsanalys nedan).

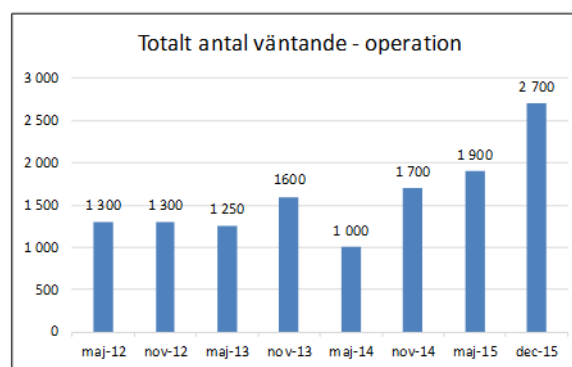
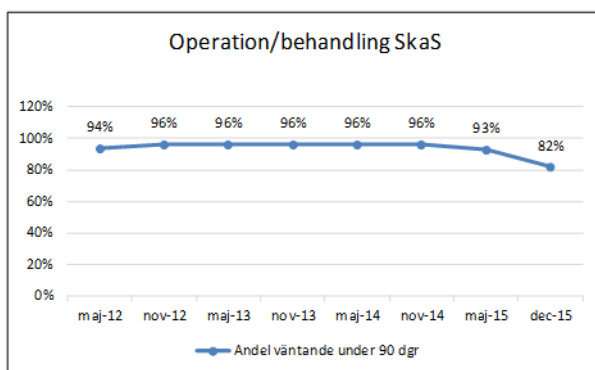
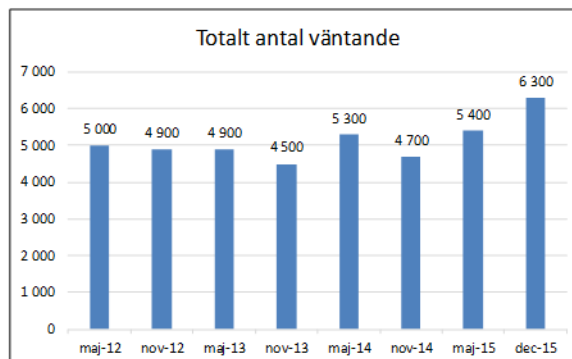
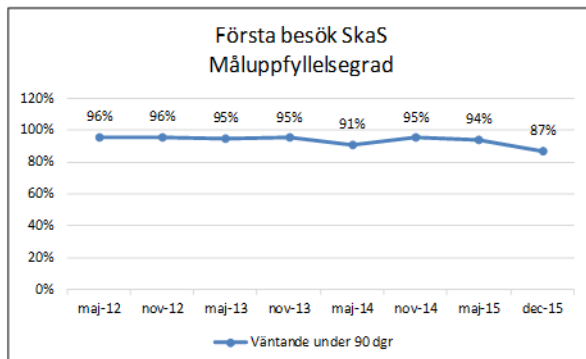
Förändring av tillgänglighet till första besök och första behandling 2012-2015

Tillgängligheten är en faktor som påverkar beställda produktionsvolymen i VÖK. Under åren 2012-2014 var tillgängligheten på SkaS god med ett snitt runt 95 procent i måluppfyllelse.

Speciellt fokus under 2015 har varit att förbättra tillgängligheten för patienter med misstänkt cancer genom standardiserade vårdförlopp. Detta arbete har inte påverkat tillgängligheten negativt för övriga patienter.

Totalt antal väntande till första besök har i snitt uppgått till 5 000 patienter sedan maj 2012. Under 2015 har antal väntande patienter till besök ökat och uppgick efter december till 6 300. Även antal väntande till operation/behandling har under 2015 ökat och måluppfyllelsen har försämrats till 82 procent efter att ha legat på 96 procent tidigare år.

Nedanstående diagram visar förändringen i måluppfyllelse och antal väntande under perioden 2012-2015. Två mätperioder per år. Under 2015 ökade antal patienter i kö inom VGR till operation/behandling med cirka 3 000 patienter varav SkaS står för 900 av denna ökning. Tidigare år har SkaS inte bidragit till någon ökning.



Det finns flera förklaringar till förändringen av köer under 2015.

- Sjukskrivningar och/eller vakanta läkartjänster inom verksamheter med stora patientflöden till exempel ortopedi, kvinnosjukvård och urologi.
- Avtalstiden för regionalt volymavtal för ”övrig” ortopedi gick ut i december 2014.
- Sjuksköterskebrist som påverkat möjligheten att hålla operationssalar öppna samt skapat problem med att kunna genomföra planerad utökning av vårdplatser inom vissa specialiteter
- Under 2015 skickades färre patienter till externa vårdgivare än under 2015. Kostnaden för köpt garantivård har minskat med 9 miljoner kronor.
- Ökat remissinflöde
- Ökat antal uteblivna besök

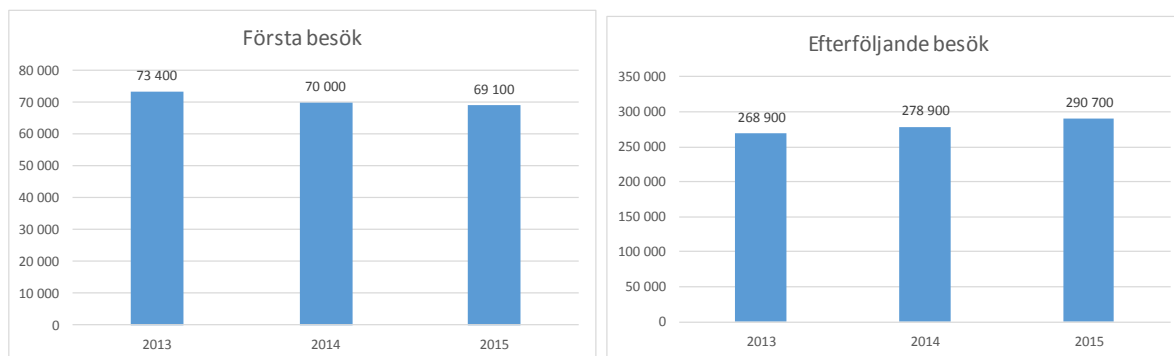
Remissinflöde, uteblivna och antal första besök

Remissinflödet påverkar både tillgänglighet och resursåtgång. Remissinflödet har ökat med tre procent under perioden 2013-2015. Det går inte att särskilja några specifika verksamheter som påverkats extra mycket av ökningen utan ökningen ses inom flera verksamheter. Ökningen av remisser kan inte ensamt förklara hela försämringen i tillgänglighet under 2015. Ett ökat remissinflöde påverkar däremot verksamheter på olika sätt beroende på vilka möjligheter de har att på kort sikt ställa om sina resurser för att möta ett ökat inflöde.

Tabellen visar remissinflöde 2013-2015 samt hur många remisser som skickas tillbaka till remittent alternativt vidarebefordras till extern vårdgivare. Total remissökning uppgår till 1 600 remisser.

	2013	2014	2015	Förändring 2015-2013
Totalt antal remisser	104 000	106 000	107 000	3%
Varav återremalt vidarebefordrade	20 000	21 400	21 400	7%

Antal första besök har minskat under perioden 2013 till 2015. Denna minskning har delvis påverkat tillgängligheten negativt. Antal första besök har också påverkats av förändrade registreringsrutiner och förändrade patientprocesser. Första besök har minskat med 4 300 besök (6 procent) och efterföljande besök har ökat med 21 800 besök (8 procent) under perioden 2013-2015.



En annan faktor som påverkar tillgängligheten är antal uteblivna besök. Det är inte bara första besök som blir uteblivna besök, men uppskattningen är att det är en stor andel av de uteblivna besöken som är första besök. Oavsett om det är första besök eller efterföljande besök binder uteblivna besök upp resurser och mottagningstider för patienter som står i kö. Antal uteblivna besök har ökat med 2 600 besök sedan 2013. En förhoppning är att införandet av SMS-påminnelse ska minska antalet uteblivna patienter. Uteblivna patienter ett nytt uppföljningsmått i SkaS verksamhetsplan 2016.



Åtgärder för att nå god tillgänglighet

Åtgärder för att uppnå en bättre tillgänglighet till besök och behandling pågår och innebär bland annat produktions- och kapacitetsplanering, översyn av vårdplatser kopplade till planerade operationer, utökad mottagningsverksamhet, köp av vård hos externa vårdgivare, rekrytering av personal inom bristområden samt köp av resurs via bemanningsföretag.

Regional produktionsstyrning

De regionala uppdragens produktionsvolymerna ingår från och med 2014 inte i produktionsbudgeten i VÖK. Eftersom en förhållandevis stor ersättning är knuten till de regionala tilläggsuppdragen är det viktigt att uppdragen genomförs. Om inte hela uppdraget utförs finns risk för att personalkostnader och övriga fasta kostnader inte kan täckas.

SkaS har sedan 2014 haft regionala uppdrag inom höft/knäplastik, obesitasoperationer samt koloskopiundersökningar. Inför 2016 utökas dessa uppdrag med ryggoperationer och öppenvårdsbesök inom hud. SkaS har en ökad produktion inom ögon och öron och har lämnat önskemål utökat tilläggsuppdrag inom dessa specialiteter också, men regionalt beslut om detta är inte klart.

En detaljerad produktion- och kapacitetsplanering är nödvändigt för att undvika undanträngningseffekt av annan vård inom verksamheten. Risk- och konsekvensanalyser har tagits fram eller håller på att tas fram för alla tilläggsuppdrag för att belysa behov av personalbemanning, vårdplatser, operationsutrymme, servicefunktioner, administrativa rutiner mm.

Basvolymerna

Nytt för VÖK 2016 är att basvolymerna för ”första besök, läkare” och ”första behandling” specificerats inom vissa diagnosgrupper. Basvolymerna baseras på historiskt utfall 2011-2013 och därför kan basvolymerna skilja sig mellan SkaS och andra sjukhus inom samma specialitet och med likartat befolkningsunderlag. Det kommer under 2016 göras en översyn av basvolymerna inför beslut om tilläggsuppdrag 2017.

Basvolym och utfall 2015 – Första besök

	Basvolym 2015	Utförda första besök	Differens	%
Ortopedi	5 300	5 360	60	1%
Ögon	4 500	4 560	60	1%
Kirurgi	3 600	3 560	-40	-1%
Urologi	2 000	1 760	-240	-12%
Hud	5 150	5 890	740	14%
Gynekologi	5 700	4 160	-1 540	-27%
ÖNH	4 800	5 100	300	6%
Summa	31 050	30 390	-660	-2%

Ny basvolym 2016: 4 300

Basvolym och utfall 2015 – Första behandling

Utfall inom kirurgi, ögon och öron är högre än basvolym. SkaS har önskemål om tilläggsuppdrag inom den Regionala produktionsstyrningen för ögon och öron.

	Basvolym 2015	Utförda beh 2015	Differens	%
Ledprotes	750	760	10	1%
Ortopedi rygg	100	80	-20	-20%
Ortopedi övrig	2 500	2 460	-40	-2%
Gråstarr	2 000	1 920	-80	-4%
Ögon övrig	400	1 100	700	175%
Allmänkirurgi	2 700	4 380	1 680	62%
Urologi	1 400	1 230	-170	-12%
Gynekologi	1 200	1 140	-60	-5%
ÖNH	900	1 500	600	67%
Summa	11 950	14 570	2 620	

inkl tillägg 100 operationer

Ny basvolym 2016: 4 300

Regionala tillgänglighetssatsningar

Under 2012 och 2013 fick SkaS tillfälliga medel från nämnden för att hantera kökortningsinsatser, till exempel köpt vård, bemanningsföretag eller egen utökad mottagningsverksamhet kvällar och helger.

Sedan 2014 är det HSU/HSS som fördelar medel för tillgänglighetsinsatser. SkaS har fått ersättning för tilläggsuppgifter inom regional produktionsstyrning för utförda höft-/knäplastik, obesitasoperationer och koloskopier. SkaS har även fått medel för att köpa vård via de regionala volymavtal som upphandlats inom ortopedi och ögon.

I samband med att tillgängligheten försämrades under 2015 ansökte SkaS om ytterligare medel för egna kökortningsinsatser, bemanningsläkare samt för att köpa vård, främst inom ortopedi men även urologi, öron och kvinnosjukvård. SkaS har inte fått någon tilldelning av medel för dessa aktiviteter.

Regionala tillgänglighetsmedel fördelas till verksamheter som producerar över sin basvolym. Inom de områden där tillgängligheten försämrades på SkaS under 2015 producerades inte volymer över basvolym. Den fastställda basvolymen inom dessa områden baseras på en utförd produktion 2011-2013 när måluppfyllelsen uppgick till mellan 90-100 procent.

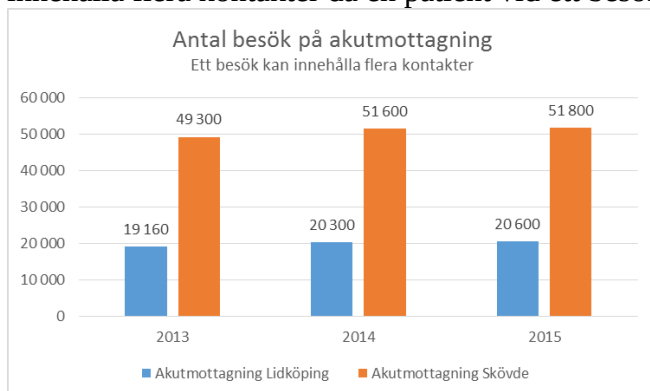
Regionala volymavtal

För att öka tillgängligheten i regionen har regionala volymavtal tecknats. Under 2015 finns regionala avtal för att skicka höft/knäledsprotaser, ögonbehandlingar samt ryggkirurgi. Regionala medel har under 2015 täckt kostnader för köp av höft/knäledsprotaser, ryggoperationer och ögonbehandlingar. Övriga tillgänglighetssatsningar har finansierats via verksamhetens budget.

Under 2012-2014 fanns ett avtal för att skicka ”övrig ortopedi” till externa leverantörer. Kostanden belastade regionala tillgänglighetsmedel. Detta avtal upphörde inför 2015 och har påverkat kösituationen inom ortopedin. Ortopeden har till viss del kunnat använda sig av avtal som Stockholm och Skånes landsting tecknat med privata aktörer och på så sätt kunnat skicka en del patienter vidare via valfriheten.

Akutens volymändringar

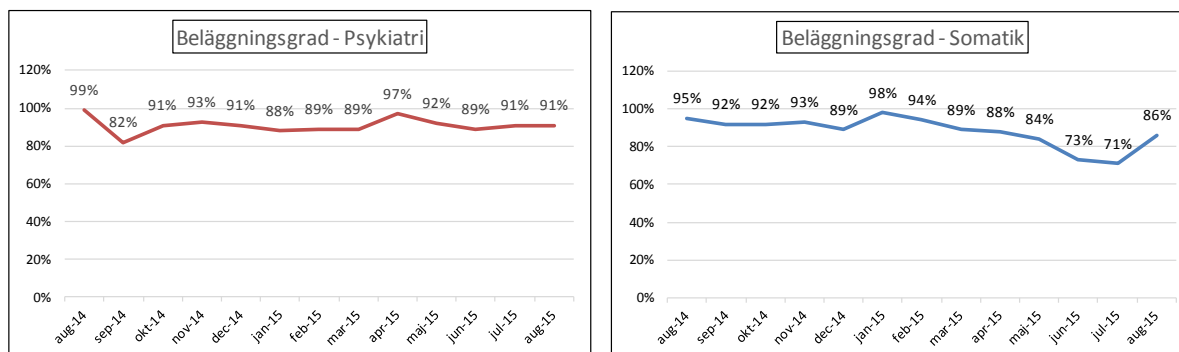
Akuten regleras i VÖK och ersätts med ett fast belopp, ett så kallat abonnemang. Budgeterade volymer för akuten är 47 000 besök. I budgeterade volymer ingår inte patienter som blir inskrivna i slutenvården. Dessa inskrivningsbesök ingår i budgeterade vårdtillfällen i VÖK. Cirka 21 000 av de patienter som kommer till akuten blir inskrivna i slutenvården. I diagrammet nedan visas antal patientbesök på akutmottagningarna inom SkaS. Varje patientbesök kan innehålla flera kontakter då en patient vid ett besök kan träffa flera olika specialiteter.



Vårdplatser och beläggning

Beläggningsgrad

Genomsnittlig beläggningsgrad de senaste 12 månaderna uppgick till 89 procent inom somatik och 82 procent inom psykiatri, vilket är i nivå med regionens mål på max 90 procent.



Överbeläggning och utlokaliserade

Andel överbeläggningar och andel utlokaliserade inom somatisk vård har inom vissa områden/avdelningar varit lägre under hösten jämfört med övriga månader 2015. Planerade öknings av vårdplatser inom ortopedi och vuxenpsykiatri har inte kunnat genomföras på grund av rekryterings svårigheter. Inom ortopedi behövs ett ökat antal vårdplatser för att kunna öka upp sin produktionsvolym av ryggoperationer och höft/knäplastiker som planeras inom den Regionala produktionsstyrningen.

Beläggningsgraden inom psykiatri uppgick till 85 procent i snitt under 2015. En avdelning inom allmänpsykiatri har varit stängd vilket medfört att den andra avdelningen haft överbeläggningar under november och december. För att kunna öppna fler vårdplatser pågår rekrytering av sjuksköterskor inom heldygnsvården. På kort sikt kommer även bemanningssjuksköterskor användas.

Andel utlokaliserade har legat på en jämn nivå över året med toppar under semesterperiod och julhelg på grund av samlokalisering av vårdplatser samt tillfällig neddragning av vårdplatser.

En fördjupad analys av vårdplatsbehov har påbörjats för att möta dagens vårdplatsbehov och patientflöden men även ta höjd för den framtida utvecklingen inom vården.

Inriktning på framtida åtgärdsarbetet.

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den produktion som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har när det gäller länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål både i VÖK och i Regional produktionsstyrning krävs ett antal aktiviteter.

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser

- Utveckla patientprocesser
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsjukvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

Produktionsanalys, bilaga 1

Datum 2014-09-22

Ekonomifunktionen

Handläggare: Kristina Westerberg

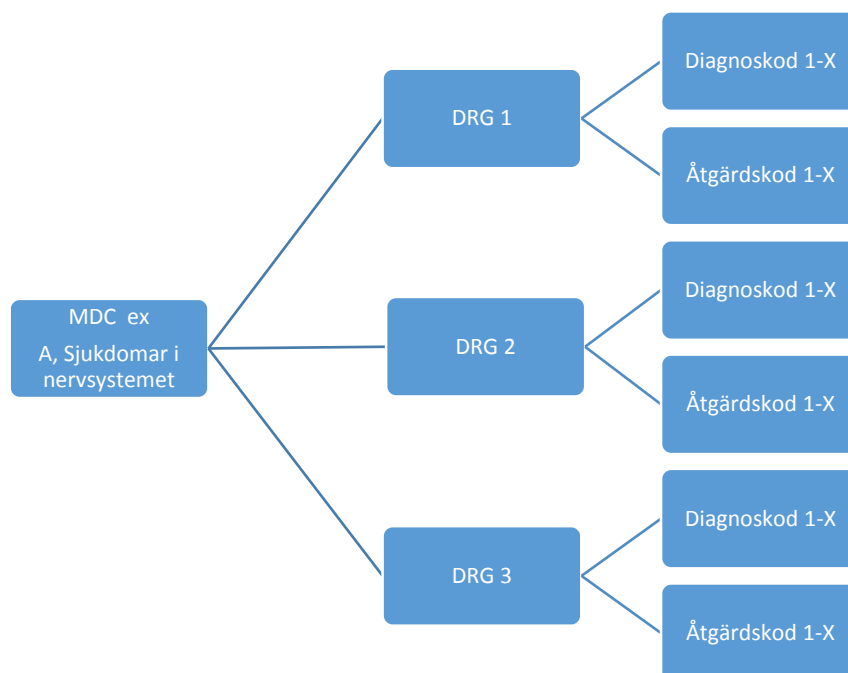
Telefon: 0768431072

E-post: kristina.westerberg@vgregion.se

Analys av produktionsförändring inom somatisk slutenvård vid Skaraborgs Sjukhus

Analysen är gjord för perioden januari 2009 tom juli 2014 och utgår från MDC (Major Diagnostic Categories) som är en gruppering av DRG (diagnosrelaterade grupper). Ett problem som finns med att använda DRG i analysarbeten är att logiken för DRG-gruppering och vikten för DRG-koden förändras varje år. Detta innebär att det är svårt att göra rättvisande analyser över tid. Under 2013 har sjukhusen fått åtkomst till den regionala KPP-databasen och det är denna data som utgör underlag för analysen. I den regionala KPP-databasen är samtliga sjukhusvårdtillfällen och besök omgrupperade i 2014 års viktlista vilket gör att materialet blir jämförbart över tid.

Varje MDC har analyserats utifrån förändringen av antalet sjukhusvårdtillfälle, DRG-poäng samt CMI (Case Mix Index) som är ett mått på den ekonomiska vårdtyngden. CMI beräknas här genom att antalet DRG-poäng delas med antalet sjukhusvårdtillfällen. För att identifiera patientgrupper med stora förändringar har varje MDC brutits ner till enskilda DRG-koder. För att kunna fastställa rätt volymförändring har ytterligare nedbrytning med hjälp av diagnos och/eller åtgärder varit nödvändig för vissa DRG. Figuren nedan beskriver kopplingen mellan MDC och DRG samt diagnoser och åtgärder.



För Skaraborgs Sjukhus finns för 2013 en större minskning av antalet slutenvårdstillfälle och DRG-poäng vid jämförelse med tidigare år, se tabell nedan. Antal sjukhusvårdstillfälle och DRG-poäng har minskat med 4 procent vid jämförelse med genomsnittligt utfall 2009-2012.

Produktionsförändring somatisk slutenvård SkaS 2009-2013	
2009 Antal Sjukhusvtf	37 307
DRG poäng	32 474
2010 Antal Sjukhusvtf	37 141
DRG poäng	33 008
2011 Antal Sjukhusvtf	37 543
DRG poäng	33 021
2012 Antal Sjukhusvtf	37 452
DRG poäng	33 077
2013 Antal Sjukhusvtf	35 856
DRG poäng	31 612

Minskningen av antalet DRG-poäng under 2013 uppgår till 1 465 poäng vid jämförelse med 2012 års utfall, se tabell nedan. Denna minskning motsvarar 29,6 miljoner kronor i rörlig ersättning enligt 2014 års prislsta. Av tabellen framgår också att minskningen av antalet DRG-poäng fortsätter under 2014.

MDC kod	Förändringar av antalet DRG-poäng per MDC	Förändring 2012-2013	Ytterligare förändring jan-april 2014	Ytterligare förändring jan-juli 2014	%-förändring jan-juli 2013-2014
H	Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	-277	-178	-216	-7%
A	Sjukdomar i nervsystemet	-168	-30	-39	-3%
O	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	-142	-8	-7	-2%
N	Sjukdomar i manliga könsorgan	-140	-14	-36	-14%
C	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	-123	-29	-33	-7%
W	Andra och ospecificerade hälsoproblem	-114	-34	-69	-19%
D	Andningsorganens sjukdomar	-112	-138	-94	-6%
R	Blodsjukdomar, immunologiska rubbningar och sjukdomar i blodbildande organ	-102	25	-5	-2%
F	Matsmältningsorganens sjukdomar	-82	-78	-225	-10%
Z	Ospecifik eller felaktig information	-74	12	17	73%
M	Sjukdomar i njure och urinvägar	-68	-4	-47	-5%
Q	Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	-49	-51	-32	-5%
K	Bröstkörtelsjukdomar	-48	-20	-26	-17%
E	Cirkulationsorganens sjukdomar	-39	30	77	3%
T	Psykiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende (inom somatik)	-30	-5	-11	-7%
J	Sjukdomar i hud och underhud	-21	-20	29	7%
V	Brännskador	-10	-4	-3	-37%
G	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	-3	-69	-90	-12%
B	Sjukdomar i öga och närliggande organ	-3	-1	4	10%
U	Skador, förgiftningar, toxiska effekter och multipelt trauma	-1	-26	-50	-17%
L	Hormonella sjukdomar, ämnesomsättnings- och näringssjukdomar	4	-15	19	3%
P	Graviditet, förlossning och barnsängstid	49	-9	12	1%
S	Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV	89	3	-11	-2%
	Totalt	-1 465	-663	-834	-5%

För MDC med stora förändringar har ytterligare analys gjorts på DRG-nivå. Nedanstående är en sammanfattning av de större förändringar som identifierats i analysen och som SkaS vill justera för i 2014 års vårdöverenskommelse. Förändringen finns antingen under 2013 och/eller under 2014 vid jämförelse med 2012. Orsaken till förändringen utgör underlag för fördelning till en av fyra nedanstående grupper, där totalt antal DRG-poäng motsvarar helårseffekt 2014:

- Anpassning efter medicinska riktlinjer (-285 DRG-poäng, -265 sjukhusvårdstillfällen)
- Minskat behov (-377 DRG-poäng, -583 sjukhusvårdstillfällen)

- Överfört från sluten- till öppenvård (-280 DRG-poäng, -272 sjukhusvårdtillfällen)
- Överfört till annan förvaltning (-312 DRG-poäng, -64 sjukhus vårdtillfällen)

Anpassning efter medicinska riktlinjer

- Medicinska ryggsjukdomar – DRG H60E, Medicinska ryggsjukdomar ej komplicerat, dessa patienter skrivs inte längre in i slutenvården. Orsaken är en ökad följsamhet till medicinska riktlinjer och samverkan med primärvård.
- Tumörkirurgi, radikal prostatektomi – DRG N01N, Stor bäckenoperation på man. För tumörkirurgi har det kommit nya nationella riktlinjer vilket medfört att färre patienter opereras och i stället omhändertas med andra medicinska metoder.
- TUR-P – DRG N05N, Transuretral prostatektomi. Nya riktlinjer påverkar indikation för TUR-P, därav minskat antal sjukhusvårdtillfällen.
- Akuta gallor – DRG G40E, Gallvägssjukdomar, ej komplicerat. Patienten var tidigare inneliggande i tre dygn för att få inflammationsdämpande medicin och skrevs efter detta ut för att komma tillbaka för operation efter några dygn. I dag opereras patienten direkt i det akuta skedet. Genom detta arbetssätt har antalet sjukhusvårdtillfällen minskat från två till ett för varje patient. Dessutom ger det en god samhällsekonomisk effekt då det blir färre sjukskrivningsdagar och kvaliteten har visat sig bli bättre.

Förändrat behov

- Ortopediska ingrepp – DRG H24E, Andra rygg- och halsoperationer, ej komplicerat och H28N, Andra operationer på skuldra/armbåge samt H36E, Operationer på fotled, underben eller överarm, >17 år, ej komplicerat. För dessa grupper syns en ökad köpt vård hos externa vårdgivare vilket bidrar till ett minskat behov av slutenvård då en viss procent av dessa utgör operationer inom slutenvården.
- Hysterectomi – DRG O15E, Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom, ej komplicerat. Under 2013 har 10 patienter skickats till Carlanderska, under denna period har det skett ytterligare en minskning med 70 sjukhusvårdtillfällen. Då dessa operationer har upphört på SkaS Lidköping under perioden har kontroll gjorts så att inte patienter remitteras från privat aktör i Lidköping till NU-sjukvården. Ingen förskjutning mot NU-sjukvården syns dock i den regionala vårddatabasen. Det finns heller inga nya medicinska riktlinjer. En förklaring till minskningen kan vara att det finns en minskning av behovet då t.ex. hormonspiral ger minskade besvär.
- Huvudvärk och kramper – DRG A56E, Kramper och huvudvärk, ej komplicerat och A62E, Hjärnskakning, ej komplicerat. Dessa patientgrupper skrivs inte in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.
- Lunginflammationer – D47E, Lunginflammation ej komplicerat och D47C, Lunginflammation komplicerat har minskat under 2013 och 2014. Detta är förmodligen ett resultat lindrig influensaperiod.
- Andra och ospecificerade hälsoproblem, främst patienter med R- och Z-diagnoser, d.v.s. ospecificerade diagnoser. För dessa patientgrupper ses en större minskning vilket

till stor del beror på att de inte skrivs in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.

- Buksmärtor – DRG F47E, Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat. Denna DRG-grupp skriv inte in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.

Överfört från sluten- till öppenvård

- Prolapser – DRG O05N, rekonstruktiva operationer på kvinnliga genitalia. Under 2013 skickades 51 prolapser till extern vårdgivare (Carlanderska). Sedan januari 2014 utförs dessutom fler operationer i öppenvården. Inom VGR finns en målsättning att 60 procent av alla prolapser ska utföras i öppenvård.
- Halsoperationer – DRG C22N, Operation på tonsiller och adenoid. Minskat antal sjukhusvårdtillfälle beror på en förändrad operationsmetod för tonsillektomier samt överföring av tonsillotomier till öppenvården. Tester har skett under 2012 och överflyttning till öppenvården har genomförts successivt under 2012 och 2013. Tidigare var patienten inskriven i slutenvården 1 dygn. Nu blir enbart patienter med blödning eller andra komplikationer inskrivna i slutenvården. Detta gäller både barn och vuxna.
- Behandling av bröstkörtelsjukdomar – DRG K10N, Bröstoperationer för benigt tillstånd utom biopsi & lokal excision och K04N, Subtotal mastektomi för malign tumör. En förskjutning syns för dessa operationer från sluten- till öppenvård.
- Behandling av Leukemi och Lymfom – DRG R29A-R31E, Lymfom och icke akut leukemi samt akut leukemi utan större operation. Patienterna behandlas med läkemedelstillförsel och transfusion i större utsträckning i öppenvård än tidigare. Under en 20 årsperiod har antalet patienter som tas om hand i slutenvården halverats.

Överfört till annan förvaltning

- Cystektomier – DRG M05A, C, E, Njur-, urinledar- & större blåsoperation för maligna tumörer, mycket komplicerat, komplicerat och ej komplicerat. Dessa operationer är överförda till SU.
- Förlossningar – DRG QXX. Kvinnor med förlossning innan graviditetsvecka 28 skickas till SU alternativt till NU-sjukvården efter dialog med SU, gäller framförallt för kvinnor mellan vecka 28 och 32. SkaS får sedan tillbaka de nyfödda för eftervård. Detta nya arbetssätt har gjort att casemix (den ekonomiska vårdtyngden) förändrats då DRG-vikten för den vård vi lämnar ifrån oss är högre än för den eftervård vi får tillbaka från SU och NU-sjukvården.
- Plastik- och bröstrekonstruktion – DRG K03C,E Rekonstruktion eller annan plastik av bröst komplicerat och ej komplicerat. I stort sett all plastik och bröstrekonstruktion är överförd till SU då det klassas som regionvård. Dessa operationer utfördes tillfälligt på SkaS under åren 2009 till 2012, då det fanns specialistkompetens på sjukhuset.

Kostnader och ersättning

Förändringarna i produktionen är dels ett resultat av den medicinska utvecklingen, dels en anpassning i verksamheten utifrån rådande förutsättningar, såsom flera års effektiviseringskrav och minskade resurser t ex till följd av förändrad hyresmodell enligt VGR:s resursfördelningsmodell. Att sjukhuset ställer om produktionen, t ex från sluten till öppen vård, har varit en förutsättning för, men samtidigt också ett resultat av, utvecklingen av effektiva patientprocesser och flöden.

Genomförd analys visar att prestationer och ersättningar minskat inom den slutna vården, men att ökningen inom den öppna vården inte varit i motsvarande omfattning då ersättningen för ett och samma ingrepp är lägre i öppenvården än slutenvården till följd av en lägre DRG-vikt. Vi kan även se en förskjutning från ersättningsbar öppen vård till vårdformer som inte ersätts enligt dagens ersättningssystem, t.ex. telefonbesök. Enligt rådande ersättningsregler har förändringarna varit en ”förlustaffär” mätt i antal prestationspoäng. (En fördjupning av den öppna vården blir nästa steg i analysarbetet).

De förändringar och kostnadsminskningar vi kan mäta i våra verksamheter, både till följd av utvecklingen enligt ovan men även till följd av andra åtgärder och ekonomisk åtstramning, har varit nödvändiga för att möta minskningen i resursfördelning och de effektiviseringskrav verksamheten ställts inför, dels regionala effektiviseringskrav men även till följd av kostnadsökning för den medicinska utvecklingen, nya dyra läkemedel mm. En förskjutning av kostnaden har skett, från sluten vård till öppen vård, när allt fler resurskrävande patienter tas omhand i öppna vårdformer. En stor del av kostnaderna är dock fasta och finns kvar i verksamheten oavsett om patienten tas om hand i sluten eller öppen vård.

Det är de minst kostnadskrävande, ”lätta”, patienterna som blivit färre. Den prestationsersättning vi förlorar för dessa patienter är större än möjlig kostnadsminskning, en följd av att alla patienter med samma DRG-kod ersätts lika, oavsett hur vårdtung och kostnadskrävande patienten är.

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

**Sammanställning av måluppfyllelsegrad av
Skaraborgs Sjukhus (SkaS) vårdöverenskommelse
2015**

Inför risk och konsekvensanalys SkaS

Delrapport
2016-01-20

Västra Götalandsregionen
Koncernstad hälso- och sjukvård
Handläggare: Anette Ohlin Johansson,
Lena Birkedahl

Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskommelse (VÖK) 2015 inför risk och konsekvensanalys

Åtagande

Hälso- och sjukvården i VGR ska ges med högsta möjliga medicinska säkerhet och kvalitet grundad på evidens samt följa regionalt gjorda prioriteringar. De övergripande kvalitetsmålen är att vården ska vara säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik, effektiv samt ges i rätt tid. Kvalitetsmålen sammanfattas i begreppet God Vård och bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (SOSFS 2011:9). All vård i VGR ska präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt. Nedan beskrivs de ingående delarna i God Vård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg har utarbetat ett mål och inriktningsdokument 2015. Detta har beaktats i uppföljningsbilagan där specifika uppdrag följs upp kopplat till varje kvalitetsmål.

Säker vård

Säker hälso- och sjukvård innebär att patienter inte ska drabbas av vårdskador. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt systematiskt förebyggande arbete och utveckling av en god säkerhetskultur. Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelse ska upprättas årligen.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Minska antalet vårdskador

December 2015:

Patientsäkerhetsarbete enligt regional handlingsplan pågår.

Vårdrelaterade infektioner uppfylls ej enligt målvärde.

Antal överbeläggningar per 100/vpl (målet 3,4). Färre överbeläggningar i slutet av året.

Måluppfyllelsen har uppnåtts större delen av året.

Patientfokuserad vård

Vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och dessa ska vägas in i de kliniska besluten. Patienten ska bli bemött och bekräftad som individ och ett hälsofrämjande förhållningssätt ska ingå i arbetet med patienter och anhöriga. Information ska ges med respekt för patientens integritet, rätt till delaktighet och självbestämmande.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Erbjuder god vård på rätt vårdnivå med hög tillgänglighet och gott bemötande

December 2015:

Resultat i patientenkät?

Kan även följas i patientnämndens årliga rapport.

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård

Vården och hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Verksamheten ska fortlöpande kombinera evidensbaserad kunskap med kliniskt kunnande och patientens förutsättningar och önskemål. De vårdmetoder ska användas som bäst främjar patienternas hälsa och livskvalitet vilket innebär att över- och underbehandling minimeras.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Tillhandahålla vård med hög kvalitet.

December 2015:

39 av de Medicinska kvalitetsindikatorer är relevanta att ha med i VÖK 2015. Enligt den första redovisningen i december är resultaten:

26 indikatorer med bra måluppfyllelse, 9 indikatorer där måluppfyllelse ej uppnåddes, i 4 fall uppnåddes nästan målet.

Jämförelse 2014

Totalt 39 relevanta Medicinska kvalitetsindikatorer:

27 indikatorer med bra måluppfyllelse, 6 indikatorer där måluppfyllelse ej uppnåddes, i 6 fall uppnåddes nästan målet.

Jämlik vård

Alla patienter ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

SkaS ska följa regionens riktlinjer för fysisk tillgänglighet. Information som sjukhuset lämnar ska vara anpassad för personer med olika typer av funktionshinder. SkaS ska ge god och tillförlitlig information om den fysiska tillgängligheten och information i tillgänglighetsdatabasen. All personal ska ha kunskap i bemötande av personer med funktionsnedsättning.

Jämställdhetsarbetet ska genomsyra alla verksamheter samt all uppföljning och rapportering. I årsredovisningen ska könsuppdelad statistik rapporteras för både slutna och öppna vård.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Alla invånare ska behandlas likvärdigt utan diskriminering

December 2015:

Helårsuppgifter finns ej tillgängliga ännu. Redovisningen sker i kvalitetsregistret

Kvartalen www.kvartalen.se

(2014 kunde inga signifikanta könsskillnader påvisas angående stroke och hjärtpatienter)

SkaS åtar sig att årligen analysera minst två patientgruppers vård och behandling utifrån ett genusperspektiv (stroke och ledplastik) det vill säga att undersöka om kvinnor och män får behandling efter behov och på lika villkor. Omotiverade skillnader måste analyseras och åtgärdas samt följas upp. Om uppföljningen av åtgärderna visar att de inte haft önskad effekt, ska nya åtgärdsplaner tas fram och redovisas.

Regionens riktlinjer enligt Tillgänglighetsdatabasen ska följas.

<http://www.vgregion.se/sv/Enheten-for-rattighetsfragor/TD-Tillganglighetsdatabasen/>

December 2015:

Inrapportering saknas.

Vård i rätt tid

Ingen patient ska behöva vänta oskäligt länge på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Vårdgarantierna och de mål och måttal som satts upp för tillgängligheten inom olika vårdområden ska följas och även utvecklas över tid.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Vården ska ges i rätt tid

December 2015

Vårdgaranti 30 dagar:

Besök BUP

SkaS har dåliga resultat i jämförelse med övriga regionen. I oktober är resultatet 51 procent jämfört med regionen 74 procent.

Väntande till start av fördjupad utredning BUP

SkaS liksom övriga regionen har mycket dåliga resultat. Endast var fjärde patient i genomsnitt får påbörja utredning i tid. Liknande bild när det gäller behandlingsstart.

Vårdgaranti 14 dagar, vuxna:

Välgrundad misstanke om cancer

Resultatet på SkaS ligger under regionens. I oktober fick 72 procent av patienterna vänta högst 14 dagar jämfört med snittet i regionen 91 procent.

Vårdgaranti 90 dagar:

Besök VUP

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på NP-utredning är mycket dålig. Endast 9 procent i oktober 2015 jämfört med regionens genomsnitt på 50 procent.

Besök somatik

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på ett första besök är i oktober 88 procent jämfört med regionens 73 procent. Resultatet har varierat under årets månader mellan 81 och 94 procent. Antal

väntande till mottagningsbesök är i stort sett lika många som i oktober 2014.

Behandling somatik

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första behandling är i oktober 90 procent jämfört med regionens 76 procent. Resultatet har varierat under årets månader mellan 84 och 95 procent. I oktober 2014 väntade drygt 1500 patienter jämfört med oktober 2015 då drygt 2400 väntade.

Effektiv vård

Tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål såsom att främja god hälsa och bättre livskvalitet. Vården ska utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserad på tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektiviteten för åtgärderna. Inomregionala skillnader i vård identifieras i hela vårdkedjan från första till sista kontakt och kvalitetsbristkostnader i form av väntetider, omarbetningar, felbehandlingar med mera ska minimeras genom systematiskt arbete.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Rätt vård på rätt vårdnivå

December 2015:

Som ett mått på effektiv vård finns Medicinska indikatorer ”Andel patienter som får dialys i hemmet”. Regionens måltal är ≥ 30 procent. SkaS uppnår detta med 35,6 procent.

”Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård”. Regionens måltal är ≥ 80 procent. SkaS uppnår detta med 93,8 procent.

Andra indikatorer;

”Direktinläggning”/Öppen retur/Inskrivningsklar/Utskrivningsklar patient

Undvikbar slutenvård för äldre ≥ 65 år ska minska. (RF indikator)

Den undvikbara sluten (USV) vården har minskat mycket i östra hälso-och sjukvårdsnämndens (HSN) område, vilket motsvarar Skaraborg, från att år 2006 haft de högsta nivåerna i Västra Götalandsregionen (VG), jämfört med övriga HSN områden. Östra HSN har mindre USV än övriga HSN i VG år 2014. De diagnoser som minskat mest i VG är diabetes, kärlkramp och hjärtsvikt troligtvis gäller detta i Skaraborg.

Precisering av viss vård och andra insatser

Palliativ vård

SkaS ska erbjuda en god specialiserad palliativ vård som främjar välbefinnandet och understödjer värdighet i livets slutskede.

Det innebär att sjukhuset erbjuder en specialiserad palliativ vård till personer med obotbar sjukdom i palliativt skede och med komplexa symtom. I vården ingår att ge stöd och trygghet till närstående. I uppdraget ingår också att utveckla kunskapen om den palliativa vården och stödja personal inom hemsjukvård, primärvård och övrig länssjukvård. En viktig förutsättning är Vårdsamverkan Skaraborg som utgör plattformen för ett utvecklat

samarbete mellan SkaS, primärvården och kommunerna.

De palliativa teamen ska utgöra navet i vården. Teamens arbete fokuserar att utifrån patientens behov främja välbefinnandet och understödja värdighet genom att aktivt arbeta med smärtlindring och övrig symptomlindring. Teamen ska organiseras i hela Skaraborg så att en jämlik palliativ vård kan erbjudas alla invånare. Inom ramen för vårdssamverkan Skaraborg kommer samverkan kring den palliativa processen att utvecklas enligt projektet med mobil närvård. Detta arbete startar under hösten 2014 och kommer pågå fram till och med 2016.

Vårdplatser ska finnas i form av åtgärdsplatser i Lidköping och Skövde. SkaS remitterar patienter enligt en överenskommelse till Hospice Gabriel i Lidköping

Det är av stor vikt att alla delar fungerar i den palliativa processen så att patienterna får en jämlik vård och kompetensutbytet utvecklas vidare.

Alla patienter som är inskrivna i palliativa teamen har en öppen retur.

December 2015:

Skriftlig uppföljning lämnad i augusti 2015 där SkaS beskriver arbetet med den specialiserade palliativa vården på SkaS samt samarbetet inom ramen för närsjukvården där bland annat utbildning av 300 personer inom Skaraborgs kommuner och länssjukvård har skett.

Psykiatri

Den psykiatriska verksamheten vid SkaS ska ge befolkningen i Skaraborg tillgång till specialiserad psykiatrisk utredning, diagnostik, behandling och omvårdnad av hög kvalitet.

Ett fortsatt arbete bedrivs med att utveckla psykiatrin där psykiatrins arbetssätt ska anpassas och utvecklas för att bättre möta patientens behov av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Inriktningen i det fortsatta arbetet är att öppenvård, dagsjukvård och slutenvård ska erbjudas vid enheterna i Falköping, Lidköping, Mariestad och Skövde.

Den regionala utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri 2014-2018 ska ingå som en del i utvecklingen av den psykiatriska vården.

Rättspsykiatri inklusive ersättning utförs på uppdrag av hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

December 2015:

Bemanningsituationen har varit mycket bekymmersam under flera år. Enligt SkaS har rekryteringen börjat visa resultat. Stora skillnader på måluppfyllelse mellan mottagningarna. Stora problem med tillgängligheten i Skövde. Uppföljning har getts på östra hälso- och sjukvården sammanträden.

Barn – och ungdomspsykiatri

Barn och ungdomspsykiatri (BUP) är en prioriterad verksamhet och barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder ska ägnas särskild uppmärksamhet. Barn med psykiska problem ska få vård snabbt och väntetiderna till utredning och behandling vid de barnpsykiatriska enheterna ska vara korta och följa regionala anvisningar.

SkaS ska delta i samverkan med vårdgrannar för att fånga upp de utsatta barnen.
Vuxenpsykiatri och BUP ska samverka med kommunerna så att barn till missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar inte far illa.

December 2015:
Remissantalet har ökat och därmed kön.
Besvärlig personalsituation.
HSNÖ kräver till nämnden i januari 2016 en handlingsplan över hur BUP kommer att jobba med problemen.
SkaS ska tillsammans med Habilitering och Hälsa utveckla samverkan för barn och unga enligt de förbättringsområden som framkom i utvärderingen av BUC i Mariestad. Oklart hur detta har lyckats. Resultat inväntas av den uppföljning som görs i regionen avseende neuropsykiatriska utredningar.

Käkkirurgi

Käkkirurgi ingår som riktat uppdrag i VÖK från och med 2015.

December 2015: Uppföljning enligt plan lämnad med god måloppfyllelse.

Regiongemensam produktionsstyrning

Sjukhuset ska delta i det regiongemensamma arbetet för att optimera kapacitetsutnyttjandet vid regionens samtliga sjukhus.

December 2015: SkaS medverkar i produktionsplaneringen för framtida regiongemensam verksamhet.

Under 2015 har en tilläggsöverenskommelse fattats angående överföring av ventrikeltumoroperationer till SU (2013-12-10, RS 2071-2012).
Denna kompletterande överenskommelse reglerar volym och ersättning 2015 (1 080 tkr) för avlämnande respektive mottagande sjukhus. Fr o m 2016 regleras volym och ersättning (1 400 tkr) i vårdöverenskommelsen.

Lokalt utvecklingsarbete

Smärtrehabilitering

SkaS och beställd primärvård i Skaraborg ansvarar för en gemensam vårdkedja för behandling och rehabilitering av patienter med långvarig icke malign smärta med start från 2014. Från och med 2015 ingår uppdraget i ordinarie överenskommelse som ett riktat uppdrag.

SkaS ska tillsammans med beställd primärvård säkerställa en smärtrehabilitering för patienter med icke malign smärta. Första bedömning ska ske i primärvården men kan även

remitteras till SkaS för fördjupad smärtanalys och avancerad smärtlindring. Under denna smärtrehabilitering kan samverkan ske med olika delar av smärtprocessen. Efter avslutad behandling återremitteras patienten till primärvården för fortsatt handläggning eller avslut.

December 2015:

Gemensam redovisning av smärtrehabilitering är lämnad på HSNÖ i november av SkaS och primärvården.

Det är tre olika uppdrag som ska fasas samman.

Onkologi

Onkologi är en verksamhet som består dels av medicinsk onkologi och dels av strålbehandling av tumörsjukdomar (radioterapi). Inom medicinsk onkologi behandlas patienter med läkemedel för olika typer av elakartade tumörsjukdomar. På SkaS finns idag endast medicinsk onkologi. Idag är detta ett bristområde där patienter inte kan erbjudas likvärdig vård i regionen.

En plan ska tas fram som beskriver hur den onkologiska verksamheten ska utvecklas och bedrivas på SkaS för att kunna erbjuda en jämlik vård.

December 2015:

Problem inom urologin med måluppfyllelsen kopplat till vårdgarantin.

Onkologresurs är för närvarande bättre.

Ersättningar 2015

För vårdersättning till SkaS avseende invånare i Västra Götaland och från samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder avsätts för år 2015 ett ersättningsutrymme motsvarande 3.330.134 tkr. Ersättning från övriga hälso- och sjukvårdsnämnder framgår av bilaga 1:1. I övrigt kan inte sjukhuset påräkna ytterligare ersättning såvida inte detta avtalats eller beslutats i särskild ordning. Om den överenskomna sammanlagda volymen inte uppnås och detta medför att det totala ersättningstaket inte heller uppnås, ska överenskommen total ersättning ändå utbetalas under förutsättning att måluppfyllelsegraden för den nationella vårdgarantin vid utgången av 2015 uppgår till minst 95 % och dessutom inte har försämrats jämfört med året innan.

I ersättningen ingår ett ekonomiskt ansvar för mottagnings- och behandlingsgarantierna enligt den nationella vårdgarantin och för den nationella valfrihetsvården. Detta innebär att sjukhuset bekostar den eventuella utomlänsvård exklusive kostnad för sjukresor som uppstår om garantierna inte klaras inom sjukhuset eller inom övriga Västra Götalandsregionen och kostnader som uppstår genom valfrihetsreglerna.

Uppföljning

Uppföljning av överenskommelsen görs kontinuerligt och gemensamt av parterna enligt fastställd uppföljningsplan. Uppföljningsplanen är samordnad med SkaS interna uppföljningsplan och avrapportering. En annan del av uppföljningen är fördjupad uppföljning inom några verksamhetsområden. I särskilda fall sker rapportering direkt till

HSN. Vid redovisning av individbaserad statistik ska denna presenteras konsuppdeldad där administrativa system så tillåter.

December 2015:

Uppföljning har skett utifrån uppföljningsplanen under året. Dessutom har SkaS på förekommen anledning medverkat på nämnden.

Förändringar i VÖK 2016

Ordnat införande

Inom VGR tillämpas en process för ordnat införande av nya riktlinjer, metoder och läkemedel. Modellen med ordnat införande bygger på en central introduktionsfinansiering under ett till tre år för nya metoder och riktlinjer. Syftet är att ge tid för verksamheten att anpassa, utmönstra och effektivisera för ett långsiktigt åtagande. På motsvarande sätt är ordnad utmönstring en metod för att ta bort sådan som inte ger ett mervärde.

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Ordnat-inforande/>

När introduktionsfinansieringen upphört regleras åtagandet i vårdöverenskommelsen.

Ordnat införande efter att den centrala finansieringen har upphört

Ordnat införande för läkemedel, som från och med 2016 ska finansieras av HSN, värderas i 2016 års prisnivå till 6.812 tkr och motsvarande för metoder uppgår till 6.203 tkr. SkaS ersätts genom särskild framställan.

Ny styrmodell för servicesamspel

VGR har infört en ny styrmodell för servicesamspillet. För SkaS innebär det ett minskat ersättningsutrymme med 10.240 tkr och en minskad debitering från regionservice.

Satsning på jämställda löner

I likhet med tidigare år så fortsätter utvecklingen för jämställda löner. I budget 2016 har ytterligare totalt 50 mnkr avsatts. För SkaS innebär satsningen ett utökat ersättningsutrymme motsvarande 7.993 tkr. Tillskottet är ramhöjande.

IS/IT

Extra IS/IT-medel fördelas via regionbidraget som en kompensation för finansiering av prishöjningar av s.k. röda tjänster. SkaS andel uppgår 4.224 tkr och ersättningsutrymmet utökas med beloppet.

Återbetalning

Enligt beslut i budget 2015 erhöles 20 mnkr som ett omställningsstöd. Halva detta belopp 10 mnkr återbetalas 2016 enligt fastställda budgetriktlinjer.

Förstärkning

Som en ekonomisk förstärkning för basuppdraget och för att täcka eventuella kostnader som uppstår som en följd av den nya patientlagen erhåller SkaS ytterligare 30 mnkr.

Utvecklingsarbete 2016

Regionalt utvecklingsarbete

Akutsjukvårdsprojekt (HSS - satsning)

Vården av livshotande sjukdomar är en av de högst prioriterade områdena inom hälso- och sjukvården. Tillgängligheten vid akutmottagningarna ska vara god och sjukhusen ska verka för att väntetider kortas.

Satsning på bättre akutsjukvård i Västra Götalandsregionen, HSS beslut dnr.243-2015

Vid socialstyrelsens mätningar av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar har flera mottagningar i Västra Götalandsregionen tillhört de mottagningar med relativt längre väntetider. Därför har det i regionens budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutläkare. För detta tillförs 100 mnkr från och med år 2015 varav 97 mnkr fördelas utifrån en nyckel baserad på antal akuta besök. Ytterligare 50 mnkr tillkommer år 2016 och 2017, vilket innebär att 2017 finns 200 mnkr för denna satsning.

Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram sina egna delmål mot 90 procent. Delmålen kommer att följas upp två gånger per år.

De delmål som sjukhusförvaltningarna har identifierat har gjorts utifrån respektive utgångsläge och hur snabbt man tror att man kan nå förbättringar. Ett regiongemensamt arbete tillsammans med sjukhusen har påbörjats för att förbättra och utveckla verksamheten med bl a införandet av akutläkare.

För 2015 tillfördes SkaS 16 mnkr för denna satsning och ytterligare medel tillförs 2016, vilket innebär 22 mnkr totalt.

Psykiatrisatsning (HSS - satsning)

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016. Medel fördelas direkt från HSS till SkaS.

För 2015 fördelades budgetförstärkningen inom områdena neuropsykiatriska utredningar för barn, neuropsykiatriska utredningar för vuxna och för att förstärka behandlingsformer för vård av patienter med självskadebeteende.

Cancersjukvård – standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp inom cancervården är en del i en nationell satsning som ska leda till kortare väntetider, en mer jämlik cancervård och ett lärande i det fortsatta arbetet. SVF (standardiserade vårdförlopp) inom cancervården innehåller tre delar: etablering av stödjande strukturer, kompetensförsörjningsåtgärder samt system för mätning av ledtider. SVF infördes för fem cancerdiagnoser i regionen 2015:

- akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- huvud- och halscancer
- matstrupe- och magsäckscancer
- prostatacancer
- cancer i urinblåsa och övre urinvägar

Neonatalvård

Regionstyrelsen har fattat beslut i ärendet "Översyn och utredning av neonatalvården i Västra Götalandsregionen 2013" (2014-05-20, RS 2458-2012). I beslutet uppdrog regionstyrelsen till regiondirektören att utreda och genomföra föreslagna åtgärder i ärendet (nr 1- nr 6). Berörda utförarstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för övriga föreslagna åtgärder (nr 7) inom ramen för gällande vårdöverenskommelse. Under 2016 fortsätter arbetet med att klarlägga vårdprocessen inom neonatalvården i Västra Götaland.

Ordnat införande smärtverksamhet (Dnr: RS 1378-2012)

På sjukhusen finns smärtenheter och smärteam i olika sammansättningar. En del av tjänsterna ligger inom ramen för ordinarie vårdöverenskommelse men en hel del finansieras via pengar från rehabgarantin. Smärtrådets bedömning är att det utöver dagens bemanning behövs ytterligare förstärkning på sjukhusen för att få en jämlik vård i regionen samt kunna ge patienterna den vård de behöver.

Ett utvecklingsarbete pågår och en handlingsplan kommer tas fram under året.

Lokalt utvecklingsarbete

Omstart utveckling psykiatri med närsjukvårdskoncept

Skaraborg behöver ha en omstart på området specialistpsykiatri, vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Därför har ett omfattande arbete gjorts under våren, vilket resulterat i ett program för "Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet". Arbetet har gjorts tillsammans mellan Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden och SkaS styrelse.

Detta utvecklingsarbete behövs för hela vuxenpsykiatrin i Skaraborg, där tidigare arbete med vision "Psykiatri 2015" och den av regionfullmäktige antagna planen för utveckling av vuxenpsykiatri, 2014-2018, är viktiga komponenter och ska verkställas.

Vidare föreslås utveckling av närsjukvården i Skaraborg, enligt intentionerna av regionfullmäktige fattat beslut om "Framtidens hälso- och sjukvård". Utredning har gjorts med alternativ och konsekvenser vid placering av ny vårdbyggnad för heldygnsvård inom psykiatri i Skaraborg.

Med en omstart för arbetet med att utveckla specialistpsykiatrin ges möjlighet att kunna skapa attraktiva arbetsplatser, med en modern vårdmiljö, vilket ger förbättrade möjligheter att utveckla vården samt rekrytera, behålla och kompetensutveckla personal. Detta ger förutsättningar för en psykiatri med hög tillgänglighet, säkerhet och trygghet för patienterna i hela Skaraborg.

Nya arbetsmodeller

Nya arbetsmodeller inom akutvården SkaS kan minska utfallet av antal sjukhusvårdtillfällen och antal DRG-poäng under 2016. Vid avstämning av erhållen vårdersättning kan hänsyn behöva tas till det nya arbetssättet.

Delrapport: Personal (bygger på Bokslut 2015)

Risk och konsekvensrapport

För

Skaraborgs Sjukhus

2016-01-28

2 Regionfullmäktiges mål

Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen

Under kommande år har SkaS ett rekryteringsbehov av ca 1 500 nya medarbetare. De största behoven finns inom läkar- och sjuksköterskegrupperna, vilket motsvarar drygt 75 procent av det totala rekryteringsbehovet.

För att säkra SkaS kompetensförsörjning är det av stor vikt att såväl attrahera som behålla och utveckla medarbetarna. Detta har inneburit att stor vikt har lagts på att stärka SkaS varumärke för att kunna attrahera framtida medarbetare att välja SkaS. Lika viktigt har arbetet varit med att kunna behålla medarbetare.

Följande aktiviteter har genomförts under året:

- Stärkt SkaS varumärke som attraktiv arbetsgivare genom att:
 - Erbjudit alla sjuksköterskor en tillsvidareanställning
 - Strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor sedan 2002
 - Kompetensbevis grund och fördjupat
 - Utbildat undersköterskor till steriltekniker
 - Pionjär för ett strukturerat introduktionsprogram för undersköterskor
 - Systematiskt förbättringsarbete kring AT-tjänstgöringen för läkare
 - Läkarnutbildning - fortsatt utveckling av fjärde noden till Göteborgs Universitet
- Ersätta de överläkare inom olika specialistområden som går i pension
- Startat upp ett samarbete med Migrationsverket och Arbetsförmedlingen för rekrytering av främst läkare från tredje land
- Deltagit och syns på strategiska mässor både nationellt och internationellt
- Skapat mötesplatser på sociala medier
- Fokuserat på arbetet med rekrytering – uppsökande verksamhet
- Tillskapat fler utbildningstjänster specialistsjuksköterskor inom SkaS bristområden för sjuksköterskor
- Genomfört studentenkät för samtliga studenter inom SkaS. Enkätens resultat visar att mer än 95 procent är helt nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning
- Arbetat fram och implementerat gemensamma lönekriterier för samtliga yrkesgrupper inom SkaS

5. Personal

Verksamhet i balans

Medarbetare med rätt kompetens på rätt plats är en förutsättning för att kunna bedriva en kvalitativ vård med god tillgänglighet som ger förutsättningar för ett hållbart yrkesliv.

SkaS största utmaningar finns inom områdena:

Arbetsmiljö

- Arbeta aktivt med att uppnå en minskad sjukfrånvaro.
- Skapa en långsiktig hållbar arbetsmiljö.
- Skapa ökade förutsättningar för chefer inom SkaS.

Kompetensförsörjning

- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla sjuksköterskor/barnmorskor
- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla undersköterskor
- Arbeta med bemanning och kompetensmixer.
- Arbeta med kommande generationsväxlingar främst inom läkare, sjuksköterskor och barnmorskor.
- Att klara SkaS kompetensbehov utan att anlita bemanningsföretag.
- Ta hand om nyanländas kompetens utifrån verksamhetens behov

SkaS aktiviteter utifrån ovanstående utmaningar:

- Fortsatt arbete med uppgiftsväxling
- Fortsatt arbete med förändrad kompetensmix
- Stärka SkaS som varumärke genom t ex deltagande vid mässor etc
- Samordnad schemaläggning
- Mätning upplevd god arbetsmiljö
- Arbeta för en minskad sjukfrånvaro
- Chefsutveckling
- Utveckla struktur kring omhändertagande av kompetenser från tredje land

5.2 Chefsförutsättningar

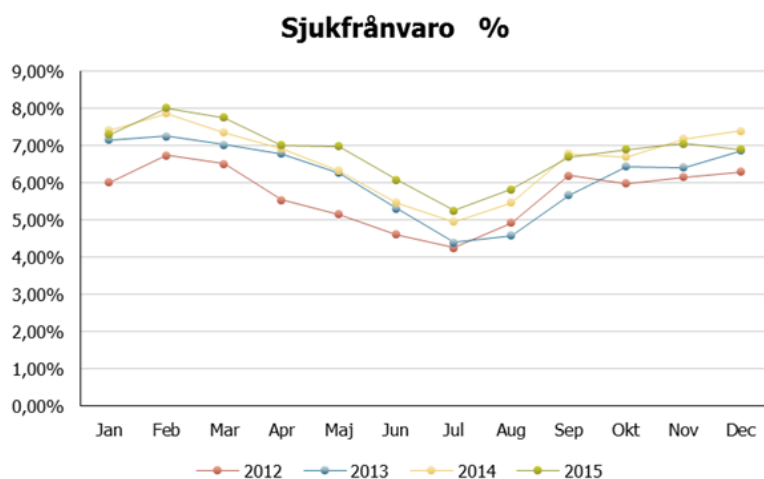
Utifrån det regionövergripande beslutet kring normtal för antal underställda per chef har en analys gjorts. På SkaS finns det 144 chefer varav 41 chefer har medarbetare över det rekommenderade spannet, vilket huvudsakligen består av 1:a linjens chefer inom vården.

Utifrån den genomförda analysen har arbetet påbörjats för att uppnå regionens normtal.

5.4 Sjukfrånvaro

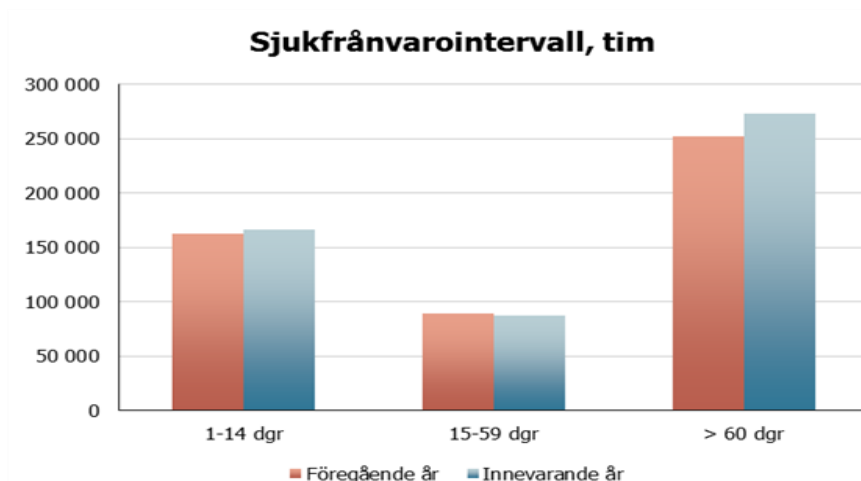
Sjukfrånvaro %	2014	2015	Förändring
A Sjuksköterskor, barnmorskor	6,80 %	7,34 %	0,54 %
B Undersköterskor m.fl.	9,33 %	9,96 %	0,63 %
C Läkare	3,06 %	2,46 %	-0,60 %
D Tandläkare	1,84 %	2,98 %	1,13 %
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	4,13 %	3,62 %	-0,51 %
F Administratör, vård	6,42 %	6,39 %	-0,03 %
G Rehabilitering och förebyggande	7,55 %	7,69 %	0,13 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	3,15 %	2,81 %	-0,35 %
I Utbildning, kultur och fritid	5,73 %	3,33 %	-2,40 %
J Teknik, hantverkare	2,63 %	2,48 %	-0,15 %
L Administration	4,83 %	3,80 %	-1,03 %
Huvudgrupp	6,61 %	6,78 %	0,17 %

Sjukfrånvaron för helår har ökat något 2015 jämfört med 2014, vilket innebär att regionens måltal om 5 procent inte uppnås. I nedanstående diagram redovisas sjukfrånvaron per månad.



Ökningen syns främst inom grupperna kort- och långtidsfrånvaro. Den ökade korttidsfrånvaron hänförs främst till årets första kvartal då frånvaro på grund av influensaperiod och vinterkräksjukan var hög. Juni och juli månad visade också på en ökning, därefter har dock korttidsfrånvaron minskat varje månad jämför med föregående år.

Det är främst i grupperna sjuksköterskor och undersköterskor som sjukfrånvaron ökar. Ökningen relateras såväl till somatiska som till arbetsrelaterade sjukdomar. Inom den arbetsrelaterade sjukfrånvaron finns bland annat förslitningsskador, patientrelaterade orsaker samt psykosociala diagnoser.



Insatser för att få sjukskrivna medarbetare tillbaka i arbete är viktigt. Under året har kartläggningar gjorts för att identifiera behoven av rehabiliteringsplaner. Utifrån detta har övervägande delen av verksamheterna säkerställt att samtliga sjukskrivna från dag 15 i sjukskrivningsperioden har en rehabiliteringsplan. Detta arbete har resulterat i ett antal aktiviteter såsom t ex utökat samarbete med Hälsan & Arbetslivet, tidiga rehabiliteringssamtal samt arbetsplatsanpassningar.

För att minska antalet korttidssjukskrivningar pågår ett lokalt projekt inom SkaS, ”Analys och åtgärder sjukfrånvaro”. Arbetet bedrivs i samverkan mellan första linjens chefer och Hälsan & Arbetslivet samt med stöd av HR. Projektet startade under hösten 2015 och ska ge cheferna en fördjupad kunskap kring sjukfrånvaro och rehabilitering, samt identifiera olika åtgärder som bedöms kunna inverka positivt på korttidssjukfrånvaron. Under 2106 kommer projektet utvidgas ytterligare.

Försäkringskassan har startat upp ett projekt ”Mobiliseringsinitiativet”. I projektet ingår regionen och där SkaS är en del. Projektets målsättning är att minska sjukfrånvaron.

Projektet har identifierat fyra områden att fokusera på:

- Chefsutbildning
- Medarbetarskapsutbildning
- Statistik och analys
- Screening för att hitta individer som riskerar ohälsa

För att SkaS ska vara en attraktiv arbetsgivare är det viktigt att kunna erbjuda en god arbetsmiljö. Arbetsmiljön behöver förändras och förbättras som en del i att minska sjukfrånvaron. Ett led i detta arbete är att analyseras medarbetarnas upplevda arbetsmiljö.

För att kunna mäta medarbetarnas nöjdhet har under 2015 en enkät utvecklats som gör arbetsmiljöfrågan synlig och som bjuder in till en dialog kring arbetsmiljön, såväl den fysiska som psykosociala, på enheterna. Mätningen kommer att genomföras kontinuerligt.

Årsredovisning 2015

På samma sätt som med medarbetarenkäten ska resultatet vid behov utmynna i en handlingsplan som ska vara genomförd innan nästa mätning. Tidsintervallet mellan mätningarna är ca tio veckor. Varje enhets resultat aggregeras upp på verksamhetsnivå och detta resultat kommer att presenteras två gånger per år i SkaS Arbetsmiljökommitté.

5.7 Personalvolym och personalstruktur

5.7.1 Personalvolym

I nedanstående tabell framgår utvecklingen av års- och nettoårsarbetare samt antal anställda för respektive anställningsform.

		Dec 2014	Dec 2015	Förändring antal
Årsarbetare	Tillsvidareanställd	3 774	3 828	54
	Visstidsanställd	332	270	-62
	Timavlönad	56	72	16
	Summa	4 163	4 170	8
Netto årsarbetare	Tillsvidareanställd	3 261	3 294	33
	Visstidsanställd	307	258	-49
	Timavlönad	56	72	16
	Summa	3 624	3 624	0
Anställningar	Tillsvidareanställd	3 884	3 931	47
	Visstidsanställd	349	282	-67
	Timavlönad	201	234	33
	Summa	4 434	4 447	13

Årsarbetare visar alla anställdas tjänstgöringsgrad omräknat till heltidsmått (två 50 % tjänst = 1 årsarbetare)
Nettoårsarbetare är ett framräknat mått där sysselsättningsgrad är justerad för eventuell ledighetsomfattning.
 För att sysselsättningsgraden ska justeras ska ledigheten omfatta hela månaden. Semester innebär inte någon justering.

Anställda motsvarar inte antal huvuden utan antalet anställningsavtal som finns. Vissa personer kan ha flera anställningar därför blir antalet anställningar fler än antal anställda individer.

Volymutveckling jämfört med föregående år

Volymen för årsarbetare är i stort sett oförändrad, vad som framgår är att det skett en förskjutning mellan anställningsformerna från visstid till tillsvidare. Detta är en medveten åtgärd för att stärka SkaS varumärke och tillgodose rekryteringsbehovet av framförallt sjuksköterskor och läkare.

Volymen för nettoårsarbetare är oförändrad, också här syns en förskjutning från visstid till tillsvidare anställningar.

Ökning av läkarna kan förklaras med att tillgången blivit bättre och att tidigare vakanser kunnat tillsättas, fortfarande råder dock brist inom vissa specialiteter såsom t ex urologi, neurologi, ögon, bild- och funktionsmedicin samt psykiatri. Det är också inom dessa områden som bemanningsföretag anlitas.

Årsredovisning 2015

Volymen för antalet anställda har ökat något jämfört med föregående år.

Nedan framgår de största förändringar av nettoårsarbetare per huvudgrupp (yrkeskategori)

Netto årsarbetare	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal	Kommentar
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 394	1 376	-18	SSK, allmän - 11 och specialist SSK/ barnmorskor - 6
B Undersköterskor m.fl.	829	836	7	Usk vårdavd + 15, övriga -7
C Läkare	514	539	25	Största förändringarna består av spec läkare +17, ST-läkare +12, ÖL + 6
D Tandläkare	6	4	-1	
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	13	11	-1	
F Administratör, vård	283	286	3	
G Rehabilitering och förebyggande	220	206	-14	Fysioterapeuter -6, Arbetsterapeuter -5, kuratorer -6, övriga -3
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	49	50	1	
I Utbildning, kultur och fritid	14	14	0	
J Teknik, hantverkare	6	6	0	
L Administration	296	294	-2	
Huvudgrupp	3 624	3 624	0	

I 2015 års kompetensförsörjningsplan som utgår från budget och med måttet tillsvidareanställda årsarbetare är behovet 3 699 årsarbetare. Idag har SkaS 3 828 tillsvidareanställda årsarbetare, vilket är 129 fler än budget. Avvikelsen finns framförallt inom gruppen sjuksköterskor.

Idag har SkaS 525 medarbetare som har ledighet för enskild angelägenhet (EA) utan lön det vill säga ledighet som inte är lagstyrd utan beviljas av enskild chef. Den sammanlagda ledigheten av dessa motsvarar ca 110 heltider. Dessa heltider fördelas med 48 för SSK, 24 för USK, 17 för läkare och resterande för övrig personal. En av anledningarna till att medarbetarna begär denna ledighet förklaras främst av sociala önskemål, familjeskäl samt för att förebygga sjukdom. Ytterligare en anledning är att regionen har heltid som norm och att flera medarbetare efterfrågar lägre tjänstgöringsgrader. Den åldersgrupp som är högst representerade är gruppen 40-60 år.

Vad som kan ses är att samma åldersgrupp som har ledigt för egna angelägenheter också är den grupp står för en hög sjukfrånvaro vilket stämmer med signalerna om minskad ork att arbeta heltid.

Årsredovisning 2015

Sjukfrånvaro %	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
-19 år	/0	/0	/0
20-29 år	4,98 %	4,77 %	-0,21 %
30-39 år	5,05 %	5,70 %	0,65 %
40-49 år	7,41 %	7,27 %	-0,14 %
50-59 år	6,73 %	7,34 %	0,61 %
60- år	7,87 %	7,92 %	0,05 %
Ålder	6,61 %	6,78 %	0,17 %

Antal medarbetare som har någon form av ledighet pga enskild angelägenhet (EA)

VO	Fördelning per kategori					Totalt
	SSK	USK	Läk	Med sekr	Övr	
K1	7	1	5	1	1	15
K2	10	20	3	5	0	38
K3	37	17	7	5	0	66
K4	4	7	3	2		16
K5	17	11	12	7	1	48
K6	69	30	7	4	0	110
M1	23	8	2	1	2	36
M2	38	14	3	2		57
M3	24	9	6	2	2	43
M4	13	1				14
M5	25	9	5	4	9	52
M6	7		1	1	11	20
Utbildn						0
FoU	1					1
Förv kont					9	9
	275	127	54	34	35	525

Årsredovisning 2015

5.7.2 Volymutveckling över tid

Medelvärde årsarbetare					Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 719	360	53	4 132	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 673	359	51	4 082	Anst stopp/ssk anst prövn
År 2014	3 727	397	58	4 182	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 820	349	66	4 235	Särskild anst prövn

Medelvärde netto årsarbetare					Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 263	345	53	3 661	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 209	343	51	3 603	Anst stopp/särskild anst prövn
År 2014	3 251	379	58	3 688	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 333	335	66	3 734	Särskild anst prövn

Vid ovanstående jämförelse av volymer över tid framgår att volymerna ökar, detta trots att anställningsrekstriktioner funnits under samma tidsperiod. Den största förändringen finns inom gruppen tillsvidareanställda, där sjuksköterskorna och läkarna är står för de största ökningarna. Undersköterskorna och administration har minskat något.

5.7.2 Ofrivilliga deltider

SkaS har idag 3 931 tillsvidareanställd personal, av dessa är 393 deltidсанställda vilket innebär ca 10 procent. Av dessa är det ingen som är ofrivilligt deltidсанställd enligt regionens definition.

5.8 Bemanningsföretag

Bemanningsföretag används främst inom kategorin läkare, detta på grund av vakanser i läkargruppen. För att kunna hålla en patientsäker vård så krävs det i dagsläget inhyrning av läkare.

Kostnad bemanningsföretag

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2014	Utfall 2015
Läkare	34 804	36 549
Sjuksköterskor	5 883	4 156
Övriga	3 130	81
Totalt	43 817	40 787

Årsredovisning 2015

Det råder en viss obalans mellan behov och tillgång till läkare och sjuksköterskor. Bristen på tillgång till kompetens i kombination med att klara sjukhusets tillgänglighet har medfört att SkaS behövt anlita bemanningsföretag.

Bemanningsföretag för läkare har använts inom:

- Internmedicin, mellanjour akutmottagningen
- Neurologi/rehab
- Vuxenpsykiatri inom öppen och sluten vård
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och sluten vård
- Bild.- och funktionsmedicin.
- Urologi och onkologi
- Ortopedi
- Ögon
- Anestesi
- Barn
- Gynekologi

För läkargruppen är användandet av bemanningsföretag i första hand på grund av vakanta tjänster där det trots upprepade åtgärder inte lyckats rekrytera.

Under sommaren har bemanningsföretag använts till mellanjour på akutmottagningen Skövde som en konsekvens av rådande sjuksköterskebrist. Inom övriga områdena kommer bemanningsföretag fasas ut på sikt, förutom inom områdena vuxen- och barnpsykiatri där behovet kvarstår.

Bemanningsföretag för sjuksköterskor har använts inom:

- Intern- och lungmedicin
- Akutmottagningen, Lidköping
- Akutmottagningen, Skövde
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och sluten vård
- Vuxenpsykiatri inom öppen och sluten vård
- Kirurgavdelningen, Skövde
- Operation
- Barnmorskor

Bemanningsföretag har använts på grund av rekryteringssvårigheter och för att lösa sommarsituationen. Under året har ett antal rekryteringar skett på berörda enheter samtidigt som enheterna arbetat med en förändrad kompetensmix. Regionens beslut om stopp för anlitande av bemanningsföretag för sjuksköterskor gäller från och med 1 oktober 2015 vilket SkaS i möjligaste mån eftersträvar att följa.

Årsredovisning 2015

Effekten av stoppet för bemanningsföretag har inneburit att kirurgavdelningen i Skövde har fått göra en permanent neddragning av antalet vårdplatser samt att operationsavdelningen, Skövde har fått stänga operationssalar periodvis, detta som en följd både av de rekryterings-svårigheter som finns samt av beslutat stopp för nyttjande av bemanningssjuksköterskor. Inom vuxenpsykiatri har bemanningsföretag för sjuksköterskor använts trots regionens införande om stopp av bemanningsföretag. Orsaken till detta är hög sjukfrånvaro samt kökortning.

Bemanningsföretag för övriga grupper har använts inom:

- Bild och funktionsmedicin – distansgranskning

5.9 Personalkostnadsanalys

5.9.1 Kompetensmix

SkaS har under en period arbetat med processororienterad bemanning (PROBE) som bland annat resulterat i att verksamheterna under 2015 kartlagt enheternas kompetensmixer.

Kartläggningen har belyst behovet av att fortsätta arbeta med uppgiftsväxling och kompetensutveckling för att på sikt kunna förändra kompetensmixen.

SkaS har under 2015 dessutom haft en fokusgrupp ”Samling kring vården” med uppdraget att identifiera möjligheter att frigöra resurser för att stärka det vårdnära arbetet inom i första hand slutenvårdsavdelningarna, där målsättningen är att ha en struktur på hur SkaS bemannar vårdplatserna.

SkaS arbetar strukturerat utifrån regionens inriktning att resurser ska användas på ett effektivt sätt. Detta görs bland annat genom en ökad användning av arbetstidsscheman som är mer styrande utifrån verksamhetens behov, sträcker sig över längre schemaperioder och som samplaneras med andra kompetenser i teamet, inklusive läkare.

Trenden de sista åren visar inte på någon förändrad kompetensmix, vilket framgår nedan.

Tillsvidareanställda	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
Sjuksköterskor	1586	1568	1647	1655
Undersköterskor	869	853	847	845
Totalt	2455	2421	2494	2500

Kompetensmix	%	%	%	%
Proc andel USK	35	35	34	34
Proc andel SSK	65	65	66	66

Årsredovisning 2015

5.9.2 Personalomsättning

Personalomsättningen utgår från antalet avgångar utanför egen förvaltning (SkaS) relaterat till antalet tillsvidareanställd personal.

Personalomsättningen för SkaS ligger på 9,6 procent jämfört med regionens 8,2 procent. De grupper som har den största omsättningen är sjuksköterskor, rehabilitering och förebyggande (främst fysio- och arbetsterapeuter) samt administration.

Orsaken till personalomsättningarna är ca 30 procent pensionsavgångar och ca 70 procent avgångar på egen begäran. Nedan framgår fördelningen per yrkesgrupp.

Personalomsättning per yrkesgrupp	Total proc personal oms 2015	Antal avgångar egen begäran	Antal avgång hel ålders- pens	Totalt antal avgångar	Proc Egen begäran	Proc Hel ålders- pens
A Sjuksköterskor, barnmorskor	10,2 %	110	35	145	76 %	24 %
B Undersköterskor m.fl.	6,7 %	27	23	50	54 %	46 %
C Läkare	8,1 %	21	10	31	68 %	32 %
F Administratör, vård	3,9 %	4	5	9	44 %	56 %
G Rehabilitering och förebyggande	12,3 %	16	3	19	84 %	16 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	9,6 %	0	3	3	0 %	100 %
I Utbildning, kultur och fritid	6,7 %	0	1	1	0 %	100 %
L Administration	9,3 %	13	9	22	59 %	41 %
Huvudgrupp	8,7 %	191	89	280	68 %	32 %

I samband med att medarbetaren avslutar sin anställning sker ett avgångssamtal av chef. Inom region pågår ett arbete med att ta fram en gemensam digital enkät till medarbetare som avslutar sin anställning. Orsakerna till avslut är en av parametrarna som kommer att ingå i enkäten och kommer också kunna redovisas per förvaltning.

5.9.3 Övertid, OB m m

Den totala övertiden för SkaS har minskat. Vad som framgår på verksamhetsnivå är att det inom områdena medicin i Skövde, barn/kvinno, an/op/IVA syns en ökning av framförallt kval övertid för sjuksköterskegruppen, detta på grund av rådande vakanssituation, så kallade bemanningssnurrar samt sommarsituationen. Inom övriga verksamhetsområden syns en minskning totalt på övertiden.

Redovisningen för övrig övertid åtgärdades i Cognos senare delen av hösten 2015, varför manuell beräkning fått tillämpats historiskt från april 2014, vilket innebär en osäkerhetsfaktor.

Årsredovisning 2015

Övertidsgrupp	Utfall 2014	Utfall 2015	Diff tim	%
Mertid	30 093	28 461	-1 633	-5,4%
Enkel övertid	16 867	17 028	162	1,0%
Kval övertid	52 594	52 774	181	0,3%
Övrig övertid	16 225	15 680	-545	-3,4%
Summa	115 778	113 944	-1 834	-1,6%

*) Manuellt justerade pga fel i Heroma

Ersättningar av OB används enligt avtal (AB) och är ej påverkbar utifrån gällande bemanningsbehov.

Beslutsärende 11

Status för sommarplanering 2016.

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-01-22

Diarienummer SkaS 50-2016

Patientsäkerhetsfunktionen

Handläggare: Marga Brisman

Telefon: 0500-43 10 59

E-post: marga.brisman@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Sommarplanering 2016 för Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Styrelsen godkänner informationen och kommer att informeras
fortlöpande

Sammanfattning av ärendet

Sommarplaneringen vid Skaraborgs Sjukhus har påbörjats. Arbetssättet är samma som tidigare år med en sommargrupp med deltagare från alla verksamheter, HR och chefläkarfunktionen.

Planering och arbete för sommaren 2016 baserar sig på erfarenheterna från sommaren 2015 och de förslag som utvärderingsgruppen tagit fram. Arbetet med risk- och konsekvensanalys för sommaren 2016 har startat.

Beslutsärende 12

Anmälnings- och delegationsärenden.

Anmälningssärenden för tiden 2015-11-24 – 2016-01-20

Delegationsärenden SkaS

SDV § 4 Skriftlig varning enligt AB § 11 mom 1 verksamhetsområde K3.

SDV § 18 Skriftlig varning enligt AB § 11 mom 1, verksamhetsområde K1

SDV § 22 Avstängning från tjänstgöring enligt AB § 10 mom 1, verksamhetsområde M1

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

§ 202, 2015-12-15 Uppdrag till NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset att bedriva rättspsykiatrisk vård 2016.

HS 27-2015, SkaS 228-2015.

Regionstyrelsen

§ 314, 2015-12-08 Svar på revisionsrapporten Bargranskning SkaS

RS 3428-2015, SkaS 20-2015

§ 316, 2015-12-08 Åtgärder utifrån bifallen motion om läkemedelshantering inom barnsjukvården.

RS 926-2013, SkaS 70-2013

§ 317 2015-12-08 Åtgärder i hälso- och sjukvården med anledning av de ökande flyktingströmmarna.

RS 3918-2015, SkaS 221-2015

Regionfullmäktige

§ 198, 2015-11-24 Delårsrapport augusti Västra Götalandsregionen.

RS 12-2015, SkaS 20-2015

§ 205, 2015-11-24 Översyn av styrande dokument som regionfullmäktige har antagit.

RS 3433-2014, SkaS 221-2015

Handlingarna finns tillgängliga under sammanträdet

Beslutsärende 13

Övriga frågor.

Informationsärendet A

Redovisning av medarbetarenkäten.
Föredragande Peder Yderhag

Informationsärendet B

Uppföljning uppdrag från styrelsen
vårdplatsutredning och ambulansoptimering.

Föredragande
Marga Brisman, Hans Halén

Informationsärendet C

Information från presidiet.

Föredragande
Ulla-Britt Hagström

Informationsärende D

Sjukhusdirektörens information.

Föredragande
Lars Johansson