

Mötesbok: Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (2019-04-26)

styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Datum: 2019-04-26

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde

Kommentar:

Dagordning

Kallelse

Kallelse styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2019-04-26

4

Beslutsärenden

§ 22 Skaraborgs Sjukhus anpassning av den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården i enlighet med regional utvecklingsplan

7

§ 23 Förändrad verksamhet Skaraborgs Sjukhus (SkaS) Mariestad

71

§ 24 Målföljning 2019-03 Skaraborgs Sjukhus

75

§ 25 Ansökan om investeringsmedel område kirurgi

77

§ 26 Uppdragsutbildning för specialistsjuksköterskor inom intensivvård och fortsatt uppdragsutbildning för specialist-sjuksköterskor inom anestesi- och operationssjukvård

93

Delegeringsärenden

Anmälan av delegeringsbeslut 26 april 2019

101

Anmälningensärenden

Omställningen av hälso- och sjukvården lägesrapport mars 2019

102

Östra hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om Uppföljning av tilläggsöverenskommelse 2018:3 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om ersättning för vårdepisoder inom obesitas-, rygg- samt höft- och knäproteskirurgi

135

Angående ambulans till Hjo

137

Kammarrättens dom mål nr 97-19

139

Hur blir det med den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården i Skaraborg?

140

Regionstyrelsens beslut om Instruktion till regiondirektör och förvaltningschef 2019-2022

142

Revisorskollegiets beslut om Fastställande av årsrapporter och följebrev, Årsrapport Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2018

150

Regionstyrelsens beslut om Yttrande över remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)

168

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Ordnat införande etapp 1 2019

175

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops

191

Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Regionuppdrag - Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

197

Personalutskottets beslut om Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster

200

Information

Fortsatt arbete med återremiss mottagningsblocket

246

Vårdplatser SkaS Falköping

247

Säkerhetsinformation	248
Sommarplanering 2019	249
Jourlinjer på SkaS, analys och handlingsplan	250
Handlingsplan omställning	251
Traumamottagande sjukhus	252
Ekonomi, kvalitet och patientsäkerhet	253
Sjukhusdirektörens information	254
Information från presidiet	255

Kallelse/Föredragningslista

Sammanträde med styrelsen för Skaraborgs Sjukhus den 26 april 2019

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde

Tid: Kl. 10:00 – 16:00

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

Inledande formalia

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

Beslutsärenden

1. Skaraborgs Sjukhus anpassning av den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården i enlighet med regional utvecklingsplan
Diarienummer SKAS 2019-00152
Jane Johansson
2. Förändrad verksamhet Skaraborgs Sjukhus (SkaS) Mariestad
Diarienummer SKAS 2019-00154
Jane Johansson
3. Måluppföljning 2019-03 Skaraborgs Sjukhus
Diarienummer SKAS 2019-00191
Åsa Ranbro Jansson
4. Ansökan om investeringsmedel område kirurgi
Diarienummer SKAS 2019-00207
Åsa Ranbro Jansson
5. Uppdragsutbildning för specialistsjuksköterskor inom intensivvård och fortsatt uppdragsutbildning för specialist-sjuksköterskor inom anestesi- och operationssjukvård
Diarienummer SKAS 2019-00208
Jane Johansson

Delegeringsärenden

1. Anmälan av delegeringsbeslut 26 april 2019
Diarienummer SKAS 2019-00055

Anmälningensärenden

2. Omställningen av hälso- och sjukvården lägesrapport mars 2019
Diarienummer SKAS 2018-00664
3. Östra hälso- och sjukvårdsnämndens beslut om Uppföljning av tilläggsöverenskommelse 2018:3 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om ersättning för vårdepisoder inom obesitas-, rygg- samt höft- och knäproteskirurgi
Diarienummer SKAS 2018-00757
4. Angående ambulans till Hjo
Diarienummer SKAS 2018-00915
5. Kammarrättens dom mål nr 97-19
Diarienummer SKAS 2018-00959
6. Hur blir det med den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården i Skaraborg?
Diarienummer SKAS 2019-00156
7. Regionstyrelsens beslut om Instruktion till regiondirektör och förvaltningschef 2019-2022
Diarienummer SKAS 2019-00163
8. Revisorskollegiets beslut om Fastställande av årsrapporter och foljebrev, Årsrapport Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2018
Diarienummer SKAS 2019-00165
9. Regionstyrelsens beslut om Yttrande över remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)
Diarienummer SKAS 2019-00170
10. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Ordnat införande etapp 1 2019
Diarienummer SKAS 2019-00201
11. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops
Diarienummer SKAS 2019-00202
12. Hälso- och sjukvårdsstyrelsens beslut om Regionuppdrag - Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
Diarienummer SKAS 2019-00203

13. Personalutskottets beslut om Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster
Diarienummer SKAS 2019-00226

Information

- A. Fortsatt arbete med återremiss mottagningsblocket
Eva Sundström
- B. Vårdplatser SkaS Falköping
Jörgen Thorn
- C. Säkerhetsinformation
Lena Brodén
- D. Sommarplanering 2019
Jane Johansson, Martin Takac
- E. Jourlinjer på SkaS, analys och handlingsplan
Jörgen Thorn
- F. Handlingsplan omställning
Jane Johansson
- G. Traumamottagande sjukhus
Martin Takac
- H. Ekonomi, kvalitet och patientsäkerhet
Åsa Ranbro Jansson, Susanne Gustavsson, Annette Trengde Jarlshammar
- I. Sjukhusdirektörens information
Jörgen Thorn
- J. Information från presidiet
Pär Johnson, Susanne Larsson

Pär Johnson
Ordförande

Tänk på miljön

Res gärna kollektivt (www.vasttrafik.se)

Tjänsteutlåtande

Datum 2019-04-10

Diarienummer SKAS 2019-00152

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Annelie Sundén-Gustavsson

Telefon: 070 3024493

E-post: annelie.sunden@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Skaraborgs Sjukhus anpassning av den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården i enlighet med regional utvecklingsplan

Förslag till beslut

1. Skaraborgs Sjukhus (SkaS) omorganiserar den barn- och ungdomspsykiatriska vården till två robusta barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar med samlad tvärprofessionell kompetens. Mottagningarna förläggs vid SkaS Skövde samt SkaS Mariestad. Förändringen genomförs stegvis och ska vara genomförd senast 2019-11-01 i Skövde och senast 2020-05-01 i Mariestad.
2. Verksamheten vid de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna på SkaS Falköping och SkaS Lidköping integreras till ovan nämnda mottagningar och förändras till satellitmottagningar.

Sammanfattning av ärendet

Regionfullmäktige beslutade 2016 om en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri. En del i uppdraget med implementering av utvecklingsplanen är att verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri ska lämna förslag på organisering av öppenvård, mobila insatser och dagsjukvård/mellanvård i syfte att skapa färre och mer robusta enheter för att samla kompetens i tvärprofessionella team. Tidigare erfarenheter från barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet vittnar om att resurser och kompetenser används på ett bättre och mer effektivt sätt i ett större sammanhang, och att små mottagningar, med få till antalet yrkeskategorier, blir sårbart och har en direkt negativ påverkan på patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi.

Skövde är en central ort för SkaS verksamhet och därmed också en central del för barn- och ungdomspsykiatrin i Skaraborg.

- I Skövde finns idag två barn och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar med olika uppdrag. En av dessa mottagningar har uppdraget att utreda och behandla barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Där finns också länsövergripande mellanvårdsteam (mobilt team), dagsjukvård, akutverksamhet och ätstörningsvård. Med länsövergripande menas Skaraborgs upptagningsområde.

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

2 (8)

- I Mariestad finns idag två barn och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar med olika uppdrag. En av dessa mottagningar har uppdraget att utreda och behandla barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Vidare finns lokaler som tidigare har anpassats för ett barn- och ungdomscenter och som lämpar sig väl för att bli ytterligare en central utbudspunkt för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg.
- I Lidköping finns idag en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning.
- I Falköping finns idag en barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning som är öppen en dag i veckan och fungerar som en satellitmottagning till Skövdes barnpsykiatriska öppenvårdsmottagning.

Mot bakgrund av detta förespråkar den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten vid SkaS att samordna personalresurser i starka tvärprofessionella team där all samlad kompetens finns att tillgå vid två stora robusta mottagningar, SkaS Skövde och SkaS Mariestad. Till dessa mottagningar förespråkar verksamheten att det också finns var sin satellitmottagning vid SkaS Falköping och SkaS Lidköping. Vid satellitmottagningarna möter behandlare från de robusta mottagningarna sina patienter med behov av tät behandling eller tät uppföljning av läkemedelsbehandling för att erbjuda att detta sker så nära patienten som möjligt.

Med den föreslagna organisationsförändringen ser verksamheten att det går att förbättra tillgänglighet och att bedriva en mer patientsäker vård som vilar på evidens genom att samla tvärprofessionella team som arbetar på samma mottagning och där alla professioner finns att tillgå. Behoven av specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk vård hos barn och ungdomar kommer att kunna tillgodoses på ett bättre sätt jämfört med idag. De två robusta mottagningarna kan fördelas med samma antal professioner och blir då 41 till antalet i tjänsteutrymmet per mottagning.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Bakgrund

Under många år har verksamheten haft hög personalomsättning och därmed olika förutsättningar för personalsammansättningen vilket gjort att verksamheten inte haft kraft att kunna erbjuda jämlik vård i Skaraborg. För att ge jämlik vård utifrån patienternas behov och verksamhetens uppdrag, samt utifrån den regionala utvecklingsplanen, krävs att alla mottagningar har tillgång till professioner som:

- barn- och ungdomspsykiater (specialistläkare)
- psykolog
- sjuksköterska
- socionom
- medicinsk sekreterare

Förutom dessa professioner ska även följande specialfunktioner finnas på mottagningarna enligt framtiden regional utvecklingsplan:

- dietist
- logoped

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

3 (8)

- arbetsterapeut
- fysioterapeut
- specialpedagog

Det finns inte tillgång till dessa professioner och specialkompetenser vid samtliga mottagningar inom barn och ungdomspsykiatriska mottagningarna vid Skaraborgs sjukhus och därmed går det inte att utforma robusta tvärprofessionella team med nuvarande organisation. I dag varierar antalet tjänster per mottagning från 8 i tjänsteutrymmet till 20 i tjänsteutrymmet.

2016 beslutade regionfullmäktige om en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen. En del i uppdraget med implementering av den regionala utvecklingsplanen är att de sjukhusförvaltningar som bedriver verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri, ska inkomma med förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och dagsjukvård/mellanvård i syfte att skapa färre och mer robusta enheter för att samla kompetenser i tvärprofessionella team.

Förslaget ska innehålla en plan för framtida geografisk placering, samt uppstartsdatum med hänsyn tagen till nuvarande hyreskontrakt. Genomförandet sträcker sig från 2017 till 2020, och ska ske i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Implementering av regional utvecklingsplan

Sedan den regionala utvecklingsplanen beslutades har verksamheten för barn- och ungdomspsykiatri vid SkaS arbetat för att implementera olika delar i planen.

Bland annat har verksamheten:

- implementerat åtta nya regionala medicinska riktlinjer
- infört e-tjänster
- tagit fram en kompetens- och utvecklingsplan
- säkrat tillgång till logoped, arbetsterapeut, fysioterapeut och dietist
- ökat antalet tjänster för sjuksköterskor inom öppenvården

I dagsläget pågår förutom förslaget för organisering av öppenvården för större robusta mottagningsteam också arbete med att:

- utveckla de mobila insatserna
- utveckla dagsjukvården
- öka antalet barnpsykiatrer och psykologer
- ta fram en kompetensförsörjningsplan i syfte att fasa ut bemanningsföretag
- fortsatt utveckla e-hälsa/digitalisering
- säkerställa vårdövergången till vuxenpsykiatri

Robusta mottagningar

Utifrån uppdraget i den regionala utvecklingsplanen samt utifrån vad som framkommit i den risk- och konsekvensanalys som genomfördes hösten 2018, föreslås att barn och ungdomspsykiatri säkerställer mottagningar med samlad kompetens utifrån de yrkeskategorier som är nödvändiga för att bedriva en god och säker vård, genom att utbudspunkter för de två stora robusta mottagningarna blir SkaS Skövde och SkaS Mariestad med var sin satellitmottagning vid SkaS Falköping respektive SkaS Lidköping.

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

4 (8)

Motiveringen till förslaget om nämnda utbudspunkter är att Skövde är en central ort för SkaS verksamhet och därmed också en central del för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg. I Skövde finns idag två barn och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar med olika uppdrag. En av dessa mottagningar har uppdraget att utreda och behandla barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. I Skövde finns också länsövergripande mellanvårdsteam (mobilt team), dagsjukvård, akutverksamhet och ätstörningsvård.

I Mariestad finns idag två barn och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar med olika uppdrag. En av dessa mottagningar har uppdraget att utreda och behandla barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser. Vidare finns lokaler som tidigare har anpassats för ett barn- och ungdomscenter och som lämpar sig väl för att bli ytterligare en central utbudspunkt för barn och ungdomspsykiatri i Skaraborg. Lokaler på övriga sjukhus kommer att finnas tillgängliga för att möta patienter med behov av tät kontakt med barn och ungdomspsykiatrisk vård via satellitmottagningar.

Satellitmottagningar

Verksamhetens erfarenhet är att det är mycket svårt att bemanna med läkare samt med yrkeskategorier som är få till antalet vid små och därmed sårbara mottagningar. Sedan augusti 2018 har verksamheten gjort en tillfällig förändring där barn- och ungdomspsykiatrimottagningen i Falköping fungerar som en satellitmottagning till mottagningen i Skövde. Detta gjordes enkom med anledning av bemanningssvårigheterna och en kösituation i Falköping. Upptagningsområde fördelades så att Falköping och Tidaholm fördelades till Skövdes barnpsykiatriska mottagning och Skara fördelades till Lidköpings barnpsykiatriska öppenvårdsmottagning. Resurser och kompetenser har därefter kunnat användas på ett mer optimalt vis.

Vid satellitmottagningarna möter behandlare från de robusta mottagningarna sina patienter med behov av tät behandling eller tät uppföljning av läkemedelsbehandling för att erbjuda att detta sker så nära patienten som möjligt. Med tät behandling/uppföljning menar verksamheten en till två gånger i veckan under en begränsad tid. En satellitmottagning är öppen en till två dagar i veckan. Gruppbehandlingar och föräldrautbildningar kan också bedrivas vid en satellitmottagning beroende på efterfrågan och behov till närområdet. Öppettiderna kan variera över tid utefter de aktuella volymerna.

Mobil vård

Ett annat sätt att möta patienterna på är via mobila insatser. Detta sker idag via verksamhetens länsövergripande mellanvårdsteam. Teamet utför kvalificerad vård i patientens hemmiljö. Vidare utför behandlare från samtliga mottagningar hembesök där det anses vara nödvändigt för att gagna patientens hälsotillstånd.

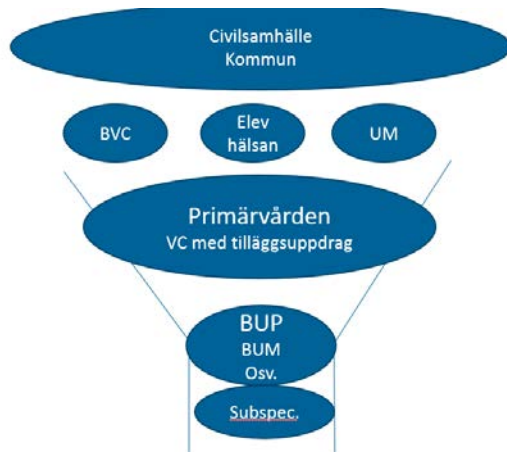
Verksamheten ser också en fortsatt snabb utveckling och möjlighet av digitala vårdformer som också kan benämnas mobila, till exempel patientbesök via Skype, e-tjänster, webbtidbok, utveckling av mobilapplikationer, internetbaserad behandling med mera. Mycket av detta testas redan på nationell nivå, och inom verksamheten har redan utbildningsinsatser påbörjats för att kunna starta upp internetbaserad behandling.

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

5 (8)

Samverkan mellan aktörer

Målgruppen barn och unga hanteras i första hand av primärvård och kommun, som finns på lokal nivå nära patienten. Tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa är viktiga för att förhindra en för individen ogynnsam utveckling. Primärvården och andra aktörer inom exempelvis skola och socialtjänst är viktiga aktörer för identifikation och tidiga insatser. Barn- och ungdomspsykiatri ska omhänderta den mindre delen av barn och unga som har medelsvåra till svåra sjukdomstillstånd.



Bilden ovan visar schematiskt var i vårdkedjan som barn och ungdomspsykiatri tar vid när tillstånden kräver psykiatrisk specialistnivå. (BVC – barnavårdscentral, UM – ungdomsmottagning, VC – vårdcentral, BUM – barn och ungdomsmedicin).

Det finns en beslutad regional medicinsk riktlinje som anger ansvarsfördelningen mellan primärvård och barn och ungdomspsykiatrisk specialistvård.

Primärvårdens del i att möta behovet av barn och ungas psykiska ohälsa är en utgångspunkt för att den specialiserade vården ska kunna fungera. Utvecklingen av förstärkta resurser till primärvården är mycket positivt. I Lidköping och Falköping finns vårdcentraler med förstärkt uppdrag att möta barn och unga med psykisk ohälsa.

Barn och ungdomspsykiatri har ett uppdrag att fortsatt utveckla och stärka konsultationsmöjligheter gentemot primärvården. Sedan januari 2019 har barn och ungdomspsykiatri i Skaraborg infört konsultationstid varje vecka, vilket innebär att primärvård har möjlighet att rådfråga/konsultera barnpsykiater över telefon.

I dagsläget finns lokala vårdssamverkansgrupper där specialistsjukvård, primärvård och kommuner arbetar för samverkan kring barn och unga i Skaraborg. I flera kommuner i Skaraborg har denna samverkan arbetats upp över tid och på de flesta orterna fungerar samverkan idag mycket väl.

Inom vårdssamverkansområdet kan tilläggas att man även i norra Skaraborg håller på att utforma arbetssätt för att bättre möta barn och unga med psykisk ohälsa. Samverkan sker här mellan specialistsjukvården, primärvården och tre av kommunerna i norra Skaraborg. Om detta arbetssätt faller väl ut kan denna samverkansform med fördel även överföras till övriga delar av Skaraborg.

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

6 (8)

Förarbete inför beslut

Under 2018 har verksamheten fokuserat på att arbeta fram underlag för beslut kring utbudspunkter i syfte att skapa större och mer robusta mottagningar. Detta har skett i olika arbetsgrupper där medverkande inkommit med synpunkter och underlag. Hela verksamheten har varit involverad, medarbetare har bjudits in i arbetet genom arbetsplatsträffar för att definiera vad verksamheten menar med robusta mottagningar och separata workshops för att komma med förslag kring arbetssätt för hur vård och behandling kan bedrivas på de robusta mottagningarna. Vidare har verksamhetschef vid verksamhetens utvecklingsdagar informerat om syfte och innehåll i den regionala utvecklingsplanen.

Utvecklingsarbetet syftar till att förbättra omhändertagandet av barn och ungdomar samt deras familjer vid sviktande psykisk hälsa som kräver vård och behandling av specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk sjukvård.

Förankringsarbetet om syftet och mål med regional utvecklingsplan har varit genomgripande under lång tid sedan 2016 i verksamheten. KPH, kunskapsstöd för psykisk hälsa, har under 2017 och 2018 regelbundet följt upp verksamhetens arbete med att implementera delarna i den regionala utvecklingsplanen.

Risk- och konsekvensanalys

Möjligheter och farhågor som inkommit från medarbetarna via arbetsplatsträffar och workshops är omhändertagna och införda i risk- och konsekvensanalys. En organisationsförändring är alltid förenad med både risker och möjligheter. I den omorganisering som föreslås finns bland annat risk att medarbetare som inte vill ändra arbetsort söker sig till andra arbetsgivare. Verksamheten ser denna risk, men ser också möjligheter att kunna erbjuda arbetsplatser med stor utvecklingspotential och på sikt fler kolleger att arbeta tillsammans med.

Enligt de synpunkter som inkommit från medarbetare ses det som en stor möjlighet att patientsäkerheten ökar markant när man blir fler i arbetsgruppen och att mottagningarnas arbetssätt då kan förändras så att patientens behov av utredning, vård och behandling sker på ett integrerat sätt där kompetenserna möts på mottagningen.

En annan risk som har identifierats är det faktum att vissa patienter får längre resväg till sina besök i öppenvården. För att detta inte ska leda till exempelvis ojämlik vård eller uteblivna besök kommer en utveckling av verksamhetens arbetssätt att behöva ske. Detta rör bland annat införande av BCFPI (en första bedömning via telefonintervju med vårdnadshavare), bättre samordning av besök så att de blir färre per patient, utveckling av nuvarande mobila insatser som möjliggör att patienter kan mötas i hem eller skola för kvalificerad behandling, utveckling av satellitmottagningar, utveckling av digitala vårdformer till exempel patientbesök via Skype, e-tjänster, webbtidbok, utveckling av mobilapplikationer, internetbaserad behandling med mera. Mycket av detta testas redan på nationell nivå, och inom verksamheten har utbildningsinsatser redan påbörjats för att kunna starta upp internetbaserad behandling av barn och unga.

Fördjupad beskrivning av risker, konsekvenser och möjligheter finns bilagd i risk- och konsekvensanalys.

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

7 (8)

Kostnader

Medför beslutet förändrade kostnader?

☐ Nej

☒ Ja

Initialt viss kostnad för anpassning av lokaler i Skövde och Mariestad, dessa kostnader bedöms dock balanseras mot nuvarande hyreskostnader som kommer att förändras.

Risk- och konsekvensanalys

☒ Ja 2018-12-20

☐ Nej

Beslutsfattare

☒ Styrelsebeslut

Beredning

MBL § 19 den 27 mars 2019, därefter MBL-förhandling.

☒ MBL Datum: 2019-04-10

Ansvar: Jane Johansson

☒ Sjukhusledning Datum: 2019-03-26

Ansvar: Jane Johansson

☒ Verksamhetsråd Datum: 2019-03-19

Ansvar: Jane Johansson

☒ SkaS presidium Datum: 2019-04-10

Ansvar: Jane Johansson

Kommunikation

Ärendet kommuniceras genom

☒ Fokus SkaS – intranät

☐ VGR – övriga VGR

☒ I linjen

☐ Förvaltningskontorets nyhetsbrev

☒ APT-info

☒ Media

☐ Expediering av beslut

☐ Annat, ange:

Kommunikationsplan

☒ Ja

☐ Nej

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00152

8 (8)

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Annelie Sundén Gustavsson
verksamhetschef, område M6

Bilaga

1. Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen
2. Risk- och konsekvensanalys
3. Kommunikationsplan

Skickas till

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
hsn.ostra@vgregion.se
- Sjukhusledning och verksamhetsråd Skaraborgs Sjukhus

Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020

Antagen av regionfullmäktige 2017-01-31, § 11

Förord

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

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

Borås i oktober 2016

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

Stephan Ehlers
Medicinsk rådgivare
Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

Innehåll

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

Sammanfattning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹ ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Förslag till åtgärder:

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

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

Uppdraget

Bakgrund

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

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

Mål och syfte

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

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

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

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

Regionala medicinska riktlinjer ska uppdateras/utarbetas för diagnosgrupper.

Avgränsningar

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

Arbetsorganisation och process

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

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

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

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

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

Vad har hänt sedan föregående utvecklingsplan?

I 2007 års plan angavs som önskvärt mål att utveckla BUP till en mer specialiserad verksamhet för att öka tillgängligheten till utredning och behandling för barn och ungdomar med svårare psykiska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att nå dit angavs följande insatser kring bl.a. personalförstärkningar, kompetenshöjande insatser och ökad användning av regionala vårdprogram. Nedan följer en kort redovisning av dessa insatser.

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

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

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

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

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

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

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

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

Regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga

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

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

Primärvården och första linjens vård för psykisk ohälsa

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

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

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

Nulägesbeskrivning

Organisation

Öppenvård/dagvård

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

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

Heldygnsvård

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

Regionala enheter

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

Inomregionala skillnader att omhänderta invånarnas behov av vård

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

Verksamhetsidé

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

Samverkan

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

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

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

Hälso- och sjukvårdsavtal

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

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

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

SOSFS 2008:20 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

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

Samverkan mellan kommuner och regionen (Västbus)

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

SIP – samordnad individuell plan

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

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

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

Konsultationsmodell

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

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

Utveckling över tid

Utvecklingen av psykisk hälsa bland barn och unga¹³

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

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

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

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

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

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

Utveckling inom barn- och ungdomspsykiatri i VGR¹⁶

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

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

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

¹⁵ Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

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

Besök till barn och ungdomspsykiatri i VGR

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

Personal

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

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

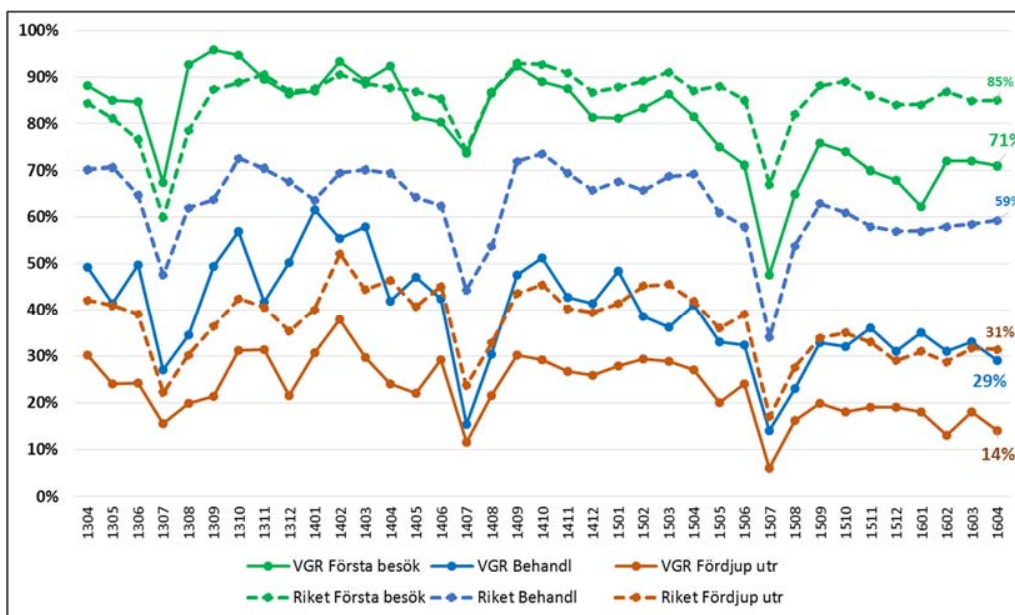
Tillgänglighet

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

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

¹⁷ Stimulans via statsbidrag.

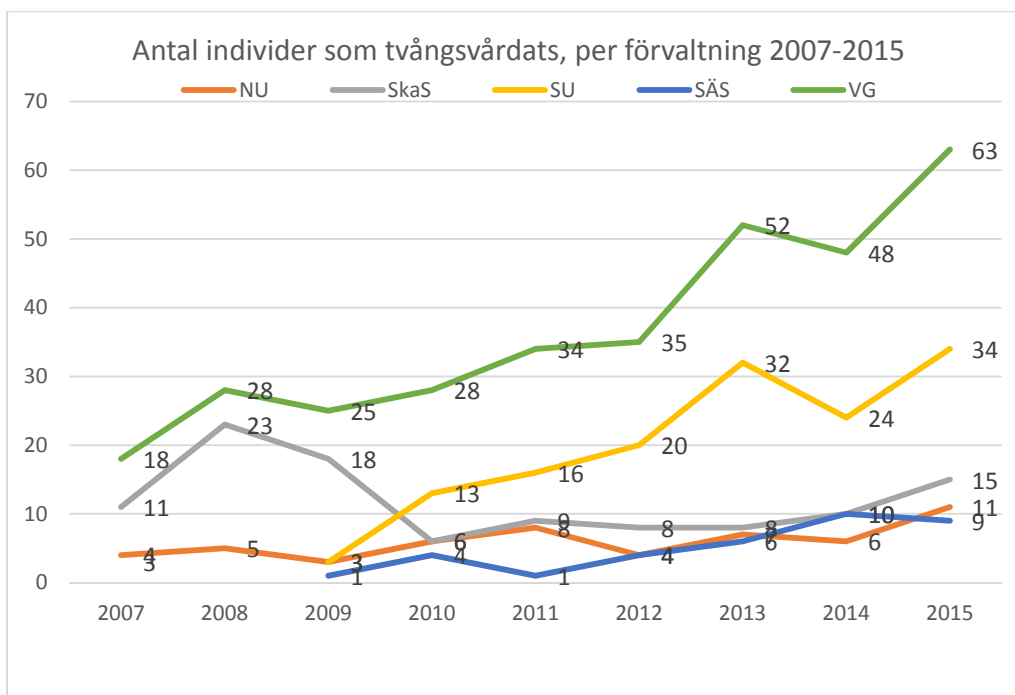
¹⁸ Rapportering och mätning i nationella väntetidsdatabasen "Väntetider i vården".



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

Tvångsvård

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

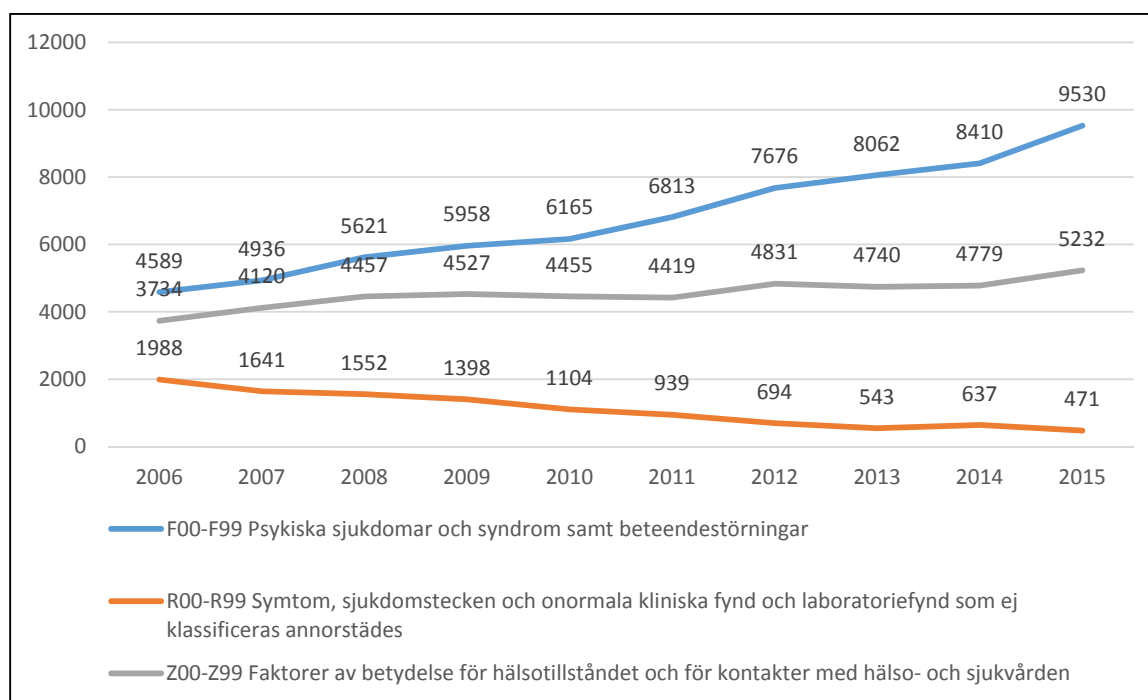


Diagrammet visar antal individer som tvångsvårdats/år. Grön linje visar utvecklingen inom regionen som helhet. KS ingår i SUs heldygnsvård.

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

Diagnospanorama

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



Diagrammet visar utvecklingen av huvuddiagnoskodning inom BUP.

Diagnoser och diagnostik

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

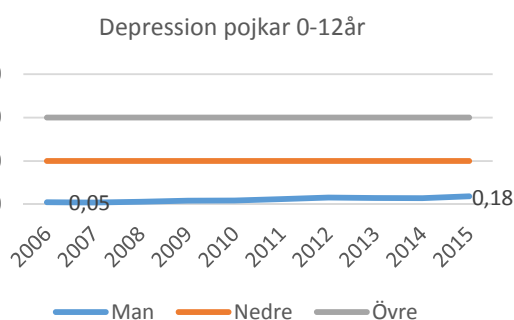
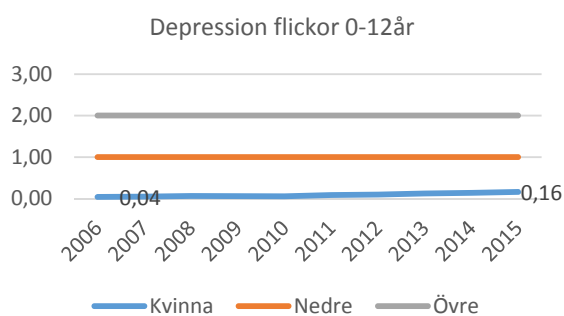
Depression

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

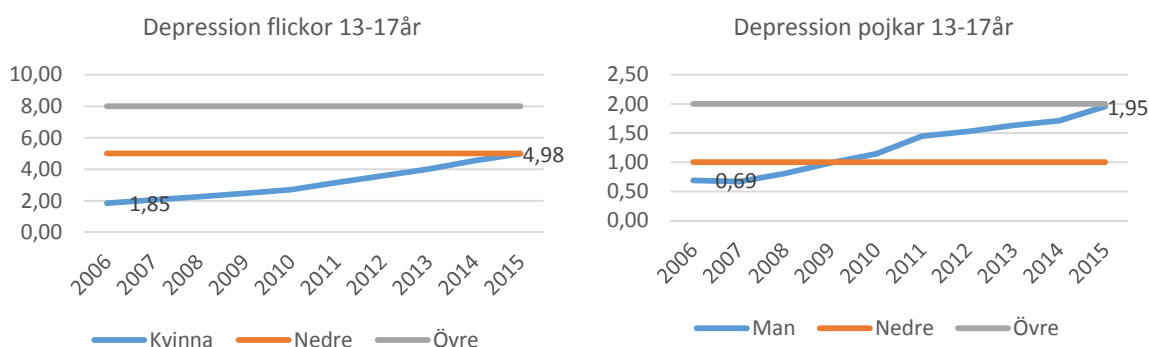
Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen



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



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

Suicidalitet

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Ångestsyndrom

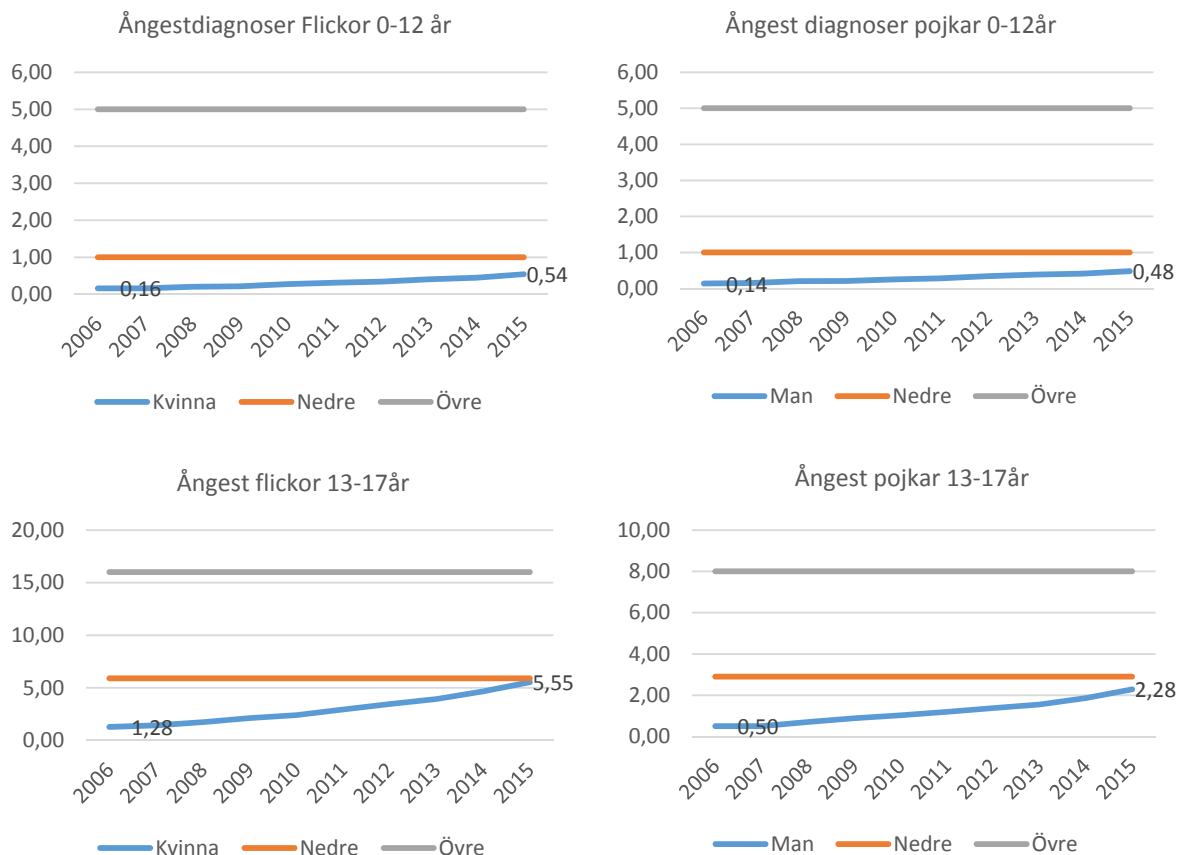
Oro, ångslan, rädsla och ångest är vanligt hos barn och ungdom och har en adaptiv funktion i utvecklingen. När ett flertal symtom på ångest föreligger samtidigt och med sådan varaktighet och intensitet att det medför funktionsnedsättning i den unges vardag så betecknas tillståndet som "ångestsyndrom".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

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen



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

Tvångssyndrom (OCD²⁰)

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

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

Prevalens

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

²⁰ OCD (Obsessive Compulsive Disorder)

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

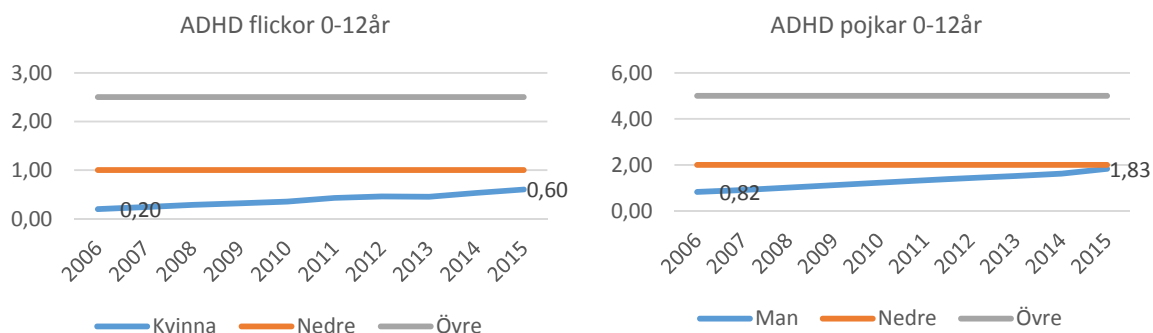
ADHD är en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse som yttrar sig genom bristande förmåga att reglera och anpassa uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet. Detta kommer till uttryck i flera olika miljöer och påverkar den unges sätt att fungera i vardagen. Kärnsymtomen för ADHD innefattar koncentrationssvårigheter,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

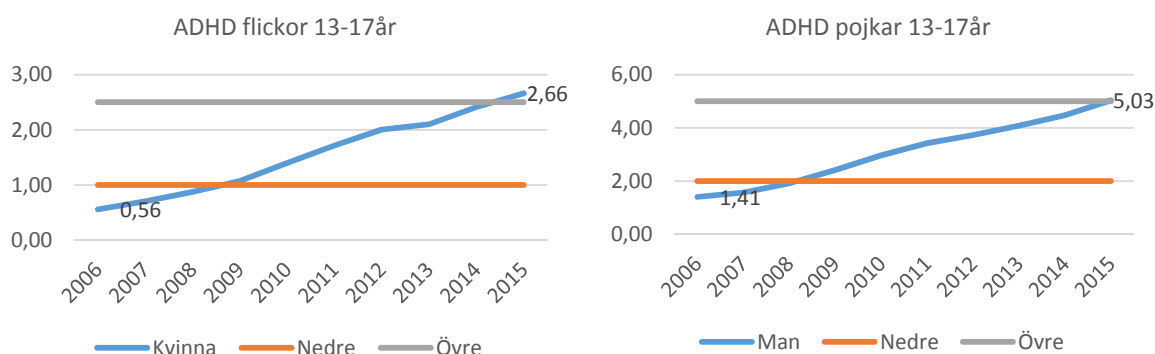
ADHD hos flickor uppmärksammas ofta senare än hos pojkar och symtombilden kan skilja sig åt genom att pojkar ofta har mer utåtriktade problem och flickor tenderar att vara mer inåtvända. Flickor drabbas ofta av emotionell instabilitet med ångest och depression som komplikation.

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen





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

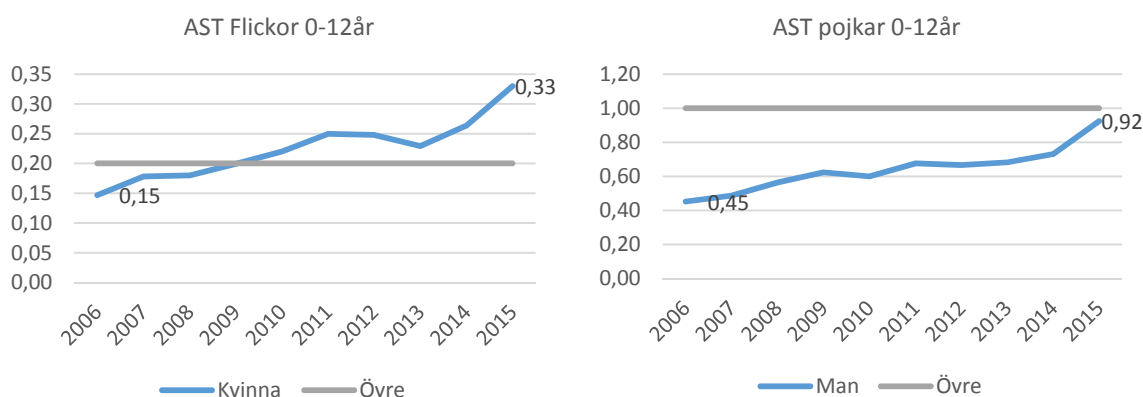
Autismspektrumtillstånd (AST)

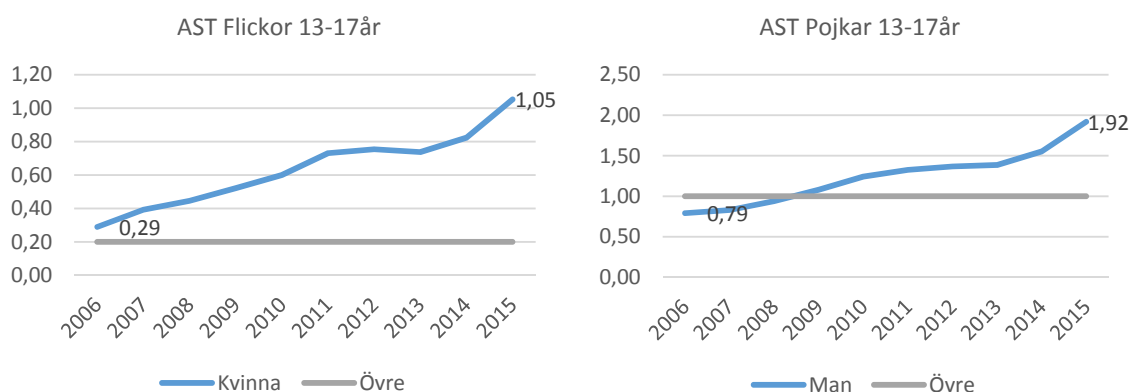
Autismspektrumtillstånd (AST) är en samlande diagnostik för utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som yttrar sig genom bristande förmåga och avvikande beteende inom kommunikation och interaktion, begränsade, repetitiva, stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter i förhållande till barnets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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen





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

Självska debeteende

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Trauma- och stressrelaterade tillstånd

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

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

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Bipolära och relaterade syndrom hos barn och unga

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Schizofrenispektrumsyndrom, andra psykosor samt katatoni hos barn och unga

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Ätstörning

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

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

Prevalens

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

Statistik för Västra Götalandsregionen

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

Regionala medicinska riktlinjer

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

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

Omvärldsbevakning

Forskning

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

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

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

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

Förslag på åtgärder

I samverkan med Sahlgrenska Akademin:

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

Kraftsamling för fullföljda studier – ett uppdrag för VGR²¹

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

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

²¹ Jörgen Hansson, Koncernstab Regional utveckling, avdelning Folkhälsa

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

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

Regionuppdrag nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

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

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

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

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

Utfasning av hyrläkare inom psykiatri

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

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

Träning ger färdighet, SOU 2015:98

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

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

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

Effektiv vård, SOU 2016:2

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

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

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

²³ SOU 2016:2 "Effektiv vård"

Analys

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

Konsekvensanalys av åtta regionala medicinska riktlinjer – regional sammanfattning

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

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

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

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

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

²⁴ Kognitiv beteendeterapi

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

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

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

Utveckling av öppenvården

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

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

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

Förbättrad diagnostik

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

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

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

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

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

Utveckling av heldygnsvården

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

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

Lokaler och vårdmiljö

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

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

Kompetens

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

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

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

Organisering av heldygnsvård

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

Alternativ till heldygnsvård

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

Väl fungerande öppenvård

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

²⁵ S.k. lågaffektivt bemötande

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

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

Områden för fortsatt utveckling

Brukar- och närståendemedverkan

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

HBTQ

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

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

E-hälsa och digitalisering

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

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

Tillgänglighet på 1177.se

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

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

Förslag

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

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

Regional samordning

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

Uppföljning

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

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

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

KPH ansvarar även för att följa:

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



Riskanalys

Öppenvård BUP, Skaraborgs Sjukhus

**Två alternativt tre utbudspunkter – stora robusta mottagningar enligt
Regional Utvecklingsplan (RUP)**

December 2018

Analysledare:

Elisabeth Jonsson

Utvecklingsenhet, Skaraborgs Sjukhus

Sammanfattning

Uppdrag från verksamhetschef, Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet, Skaraborgs Sjukhus att utföra risk- och möjlighetsanalys enligt Skaraborgs Sjukhus lokala rutin för riskanalys, med komplettering av möjligheter. Syfte och mål med analysen är att fånga risker och möjligheter utifrån patientsäkerhet och arbetsmiljö i en organisationsförändring med två alternativt tre utbudspunkter för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg. Analysen omfattar inte heldygnsvård för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg.

Analysarbetet kring utbudspunkter och arbetssätt har föregåtts genom information och dialoger löpande under hela 2018 i samtliga medarbetargrupper och i verksamhetsledningen.

Högst risker identifierades avseende:

- Att det i dagsläget saknas lokaler inom verksamheten till att husera alla medarbetare oavsett om 2 alt. 3 utbudspunkter. Nuvarande lokaler räcker inte till, är svåra att anpassa. Behövs både kontor och yrkesspecifika rum, t ex träningskök, gymnastiksal, testrum och rum för patientbesök.
- Att patient blir mer beroende av att Fast vårdkontakt fungerar, finns tillgänglig. Vid en större enhet ökar patientantalet och det blir svårare med överblick. Möjlighet vid större mottagning att dela på ansvar som Fast vårdkontakt för ökad säkerhet och tillgänglighet.
- Att professioner som är få till antalet får ökad belastning och att tillgänglighet till deras tjänster försämrats. Förslag på åtgärd att ta fram arbetsbeskrivning för respektive kompetens som tydliggör och begränsar uppdraget.
- Risk för ojämlik vård pga. avstånd till utbudspunkt. Missgynnar familjer som har svårt att ta sig till utbudspunkt. Möjlighet vid större enhet till att erbjuda mobila insatser.

Specifikt om tre utbudspunkter:

- Risk att mottagningen ändå inte är robust, att man inte kan ha fulltaliga team med mer än en yrkeskategori i vissa funktioner, svårt att tillgodose behovet av egen läkare på tre utbudspunkter.

Åtgärdsförslag:

Skapa former för samverkan oavsett om det blir två eller tre utbudspunkter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1 Inledning och bakgrund.....	4
2 Uppdragsgivare	4
3 Uppdrag.....	4
4 Deltagare i analysteam	4
5 Metodik	5
6 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar	6
7 Resultat.....	6
7.1 Risker, orsaker och åtgärdsförslag.....	6
7.2 Ev underrubrik.....	6
8 Slutsatser och kommentarer	9
9 Tidsåtgång	10
10 Uppdragsgivarens kommentarer	10
10.1 Åtgärder	10
10.2 Återkoppling	10
10.3 Uppföljning	7
11 Ordförklaringar.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
12 Litteraturlista	Fel! Bokmärket är inte definierat.
13 Bilagor.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.

1. Inledning och bakgrund

Bakgrunden till riskanalysen är uppdraget att implementera regional utvecklingsplan för barn och ungdomspsykiatri.

2. Uppdragsgivare

Verksamhetschef Annelie Sundén Gustafsson

3. Uppdrag

Att utföra risk- och möjlighetsanalys enligt Skaraborgs Sjukhus lokala rutin för riskanalys. Syfte och mål med analysen är att fånga risker och möjligheter utifrån patientsäkerhet och arbetsmiljö i en organisationsförändring med två alternativt tre utbudspunkter för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg. Analysen omfattar barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg samt dess vårdprocess. Analysen gäller en organisationsförändring utifrån färre utbudspunkter enligt regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen (VGR). Analysen skall ringa in risker och möjligheter efter att förändringen är genomförd. Förväntad vinst med förändringen: Att genomföra den regionala utvecklingsplanen som är framtagen och beslutad för barn- och ungdomspsykiatri i VGR. Att ge tillgänglig, god och säker vård. Att säkerställa kompetens och bemanning vid större och robustare mottagningar i Skaraborg.

Avgränsning: Analysen omfattar inte heldygnsvård för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg.

4. Analysteam

Följande personer deltog i analysteamet:

Namn	Roll och funktion	Enhet
Elisabeth Jonsson	Metodstöd/analysledare	Utvecklingsenheten
Annelie Sundén Gustavsson	Analysteammedlem/ verksamhetschef	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Pernilla Blomqvist	Analysteammedlem/ Enhetschef, verksamhetskunnig	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Gudrun Nolskog	Analysteammedlem/ Överläkare, verksamhetskunnig	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Linda Tidström	Analysteammedlem/	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Anette Sannerfors	Analysteammedlem/vårdförbundet (kallad ej medverkat)	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Anna Larsson	Analysteammedlem/vårdadministratör	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Beatrice Falsén	Analysteammedlem/verksamhetspsykolog, verksamhetskunnig	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Jessica Bjöklund	Analysteammedlem/Vårdförbundet	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Anna Saari	Analysteammedlem/Arbetsplatsombud	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Petronella Sedig	Analysteammedlem/Kommunal (kallad ej medverkat)	Barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet
Anders Abelsson	Företrädare patientförening	Compassen
Thomas Jansson	Företrädare patientförening	Compassen

5. Metod

Följande metoder har använts:

- ✓ Uppdraget har legat till grund för valet av processer och områden som har kartlagts och analyserats.
- ✓ Information om det område som analyserats har hämtats från
 - Uppdraget
 - Regional utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri
 - Verksamhetens vårdprocess
 - Medarbetare, verksamhetskunniga
 - Workshops med medarbetare och chefer inom M6
 - Brukarmedverkan
- ✓ Risker och riskernas bakomliggande orsaker har identifierats enligt Rutin för Riskanalys, Skaraborgs Sjukhus. Dokumentet har kompletterats med fält benämnt ”Möjligheter”, i denna kolumn har möjligheter som framkommit vid workshops med medarbetare dokumenterats.
- ✓ Analysschema är indelat på tre olika scenarier:
 - A. Öppenvård BUP vid två alternativt tre utbudspunkter, gemensamma risker oavsett två alternativt tre utbudspunkter
 - B. Om öppenvård BUP vid två utbudspunkter
 - C. Om öppenvård BUP vid tre utbudspunkter
- ✓ Riskbedömning har gjorts med metoden ”allvarlighetsgrad och sannolikhet”.

- ✓ Förslag på åtgärder för att minska riskernas konsekvenser har tagits fram för risker som bedömts vara mycket allvarliga eller allvarliga, eller då det varit relevant av andra skäl.

6. Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

Resultatet av analysen avgränsas till att gälla M6 Skaraborgs sjukhus och innefattar endast öppenvården. Analysarbetet kring utbudspunkter och arbetssätt har föregåtts genom information och dialoger löpande under hela 2018 i samtliga medarbetargrupper och i verksamhetsledningen. Dels genom APT-dialoger, workshops i verksamheten samt vid M6 utvecklingsdagar där verksamhetschef informerat om regional utvecklingsplan för barn och ungdomspsykiatri. Förankringsarbetet om syftet och mål med regional utvecklingsplan har varit genomgripande under lång tid sedan 2016 i verksamheten. KPH (regionalt kunskapscentrum för psykisk hälsa) har under 2017 och 2018 regelbundet följt upp verksamhetens arbete med att implementera delarna i den regionala utvecklingsplanen.

7. Resultat

7.1 Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Risker har identifierats för varje aktivitet som kartlagts i analysområdet/processbeskrivningen. Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för åtgärdsförslagen. Alla risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag redovisas i tabellform.

7.2 Riskbeskrivning och handlingsplan

ID	Riskbeskrivning	Förslag till åtgärd	Kostnad /vinst	Ansvarig	Klart
0.4	I dagsläget saknas lokaler inom verksamheten till att husera alla medarbetare oavsett om 2 alt. 3 utbudspunkter. Nuvarande lokaler räcker inte till, är svåra att anpassa. Behövs både kontor och yrkesspecifika rum, t ex träningskök, gymnastiksal. Möjligheter: Bra för bemannings-situationen med samlad kompetens på få ställen, ökar flexibiliteten. Vid ombyggnation ökar möjligheter att få lokaler med rätt funktion, utifrån uppdraget, t ex arbetskök, testrum, fysioterapi - god arbetsmiljö	Behovsanalys av lokaler inlämnas till SkaS övergripande lokalråd/grupp, Därefter beslut och anpassning.		Sjukhusledning/ verksamhetsche f M6	

2.2	Svårare att få konferenser att fungera, att hantera anonymitet - att man "drunknar" i ärenden. Oavsett om 2 alt. 3 utbudspunkter	Utarbeta nya arbetssätt på mottagningen för att konferera patientärenden med läkare		Verksamhetsche f M6	
2.3	Oavsett om 2 alt. 3 utbudspunkter. Patient är beroende av att Fast vårdkontakt fungerar, finns tillgänglig Möjlighet: Patient får träffa rätt kompetens vid första besöket	På större enhet kan medarbetare dela ansvar som Fast vårdkontakt. Förtydliga befintlig riktlinjer och revidera vid behov. Förslag att patient har tillgång till två Fasta vårdkontakter Tydliggöra med stöd av vårdplan om syfte och mål med behandling Vårdplan upprättas med pat/vårdsnadshavare och patient sätts upp för besök till rätt kompetens		Verksamhetsche f M6	
3.6	Om 3 utbudspunkter. Professioner som är få till antalet. Patienter som har specifika behov av deras stöd får sämre tillgång till hjälp	Om 3 utbudspunkter. Professioner som är få till antalet. Patienter som har specifika behov av deras stöd får sämre tillgång till hjälp		Verksamhetsche f M6	
3.10	Om 2 utbudspunkter. Om det blir långa resvägar till mottagningen är det svårt att boka in patienter till de första morgontiderna. -> risk för sena avbokningar	Öppna tidböcker , Flexibla arbetstider. Gemensam rutin för hantering av patienter som uteblir ofta/återkommande		Verksamhetsche f M6	
3.11	Om 2 utbudspunkter. Risk för ojämlik vård pga avståndet till utbudspunkt. att familjer som har svårt att förflytta sig; ingen bil, många barn, tid, arbete etc missgynnas ängre resvägar för några patienter.	Koordinera besöken så att de blir färre till antalet per patient./ sammanhållna besök. Mobil verksamhet vid behov. Kan använda sig av		Verksamhetsche f M6	

	Möjligheter: Med större enhet ökar möjligheten att erbjuda mobila insatser Mer jämlik vård då det är färre utbudspunkter	sjukresa till mottagning Ta fram fler alternativ till nuvarande form av mobil verksamhet. Använda SKYPE , Appar, Internetbaserad KBT m m 1:a linjen har förbättrad tillgänglighet och tydligare fördelning avseende ansvar för målgruppen			
B0.10	Om 2 utbudspunkter. För stora mottagningar kan bli svåra att leda. Möjligheter: Lättare med följsamhet till administrativa rutiner med färre utbudspunkter Lättare att få chef på plats större delen av veckan, samledarskap. Även egna läkare på mottagningen Fler i varje yrkesgrupp gör mottagningen mindre sårbar vid semesterperioder, sjukdom Alla typer av och fler av varje kompetens finns på plats	Delat ledarskap VÖL		Verksamhetschef M6	
B0.12	Om 2 alt. 3 utbudspunkter. Risk för informella team. För stor arbetsgrupp ger sämre teamkänsla. Möjlighet: Arbetsglädje - fler kollegor i samma yrkeskategori att bolla med	Teamwork/"kick off Delat ledarskap VÖL		Verksamhetschef M6	
B3.4	Om 2 utbudspunkter. Svårt samarbeta på längre avstånd med BUM	Skapa former för att säkerställa samverkan mellan verksamheterna oavsett om det blir 2 eller 3 utbudspunkter.		Verksamhetschef M6	

C0.4	Risk att mottagningen ändå inte är robust, känsligt vid sjukdom, uppsägningar osv om det blir tre utbudspunkter	Fullfölja förslag med två robusta mottagningar		Sjukhusledning/ verksamhetschef	
C0.7	Om 3 utbudspunkter. Kan bli risk att ändå inte kunna upprätthålla tillgång till vissa kompetenser på 3 orter Alla yrkeskategorier räcker inte till till 3 mottagningar Svårt att tillgodose behovet av egen läkare på 3 mott	Hålla fast vid målsättning med robusta mottagningar med patientfokus		Verksamhetschef M6 Beslutsfattare i utbudspunksfrågan	
C3.2	Om 2 alt. 3 utbudspunkter. Oro i psykologgrupp att psykolog bara får utreda	Tydliga uppdragsbeskrivningar av arbetsinnehåll		Verksamhetschef M6	

8. Slutsatser och kommentarer

Det finns risker och möjligheter med båda förslagen d.v.s. 2 eller 3 utbudspunkter. Störst risker ses vid tre utbudspunkter vad gäller bemanning och kompetens som behövs för att möta upp patienternas behov för en god och säker vård. Möjligheter som talar för två utbudspunkter är att det blir lättare att rekrytera till större mottagning med fler personal i samma profession. Det blir då större arbetsgrupper med fler kollegor i samma professioner, vilket kan gynna dem som är få till antalet men viktiga för att erbjuda patienterna rätt vård och behandling (dietist, logoped, fysioterapeut, arbetsterapeut). Med större enhet ger det ökad möjlighet att rekrytera legitimerad personal (läkare, sjuksköterskor och psykologer). Större och färre mottagningar talar för att kunna erbjuda en sammanhållen vård som ökar patientsäkerheten genom effektivisering och fördelning av resurser. Något som lyfts fram i analysen är att det vid sjukdom, semester och annan frånvaro blir lättare att hjälpas åt kring bokade patienter som inte behöver bokas om eller bokas av, vilket ger en stabil vård och arbetsmiljö. Med färre och större mottagningar ökar också förutsättningarna att säkerställa så att patienten får vård enligt gällande riktlinjer då resurser finns på samma plats och kan samverka/samordna vård och behandling. En hypotes är att detta ökar tillgängligheten för första besök, utredning och behandling.

I nuläget ses en risk vad gäller att lokaler inte kan möta behovet för två robusta mottagningar. Denna risk behöver omhändertas och finns med i handlingsplanen. Påtalad risk med lokaler är dock inte ny då den finns redan i dag i nuvarande organisationsform.

Risker vid två utbudspunkter är att det kan bli längre resvägar till mottagningen för vissa patienter och att det kan bli svårt att boka in patienter till de första morgontiderna. Det finns också en risk att längre resväg försvårar för familjer som har svårt att förflytta sig t ex om de inte har någon egen bil. Det finns då en farhåga att sena återbud och uteblivande kan öka hos denna patientgrupp. Dock ses en möjlighet att kunna möta upp dessa barn och familjer via mobila insatser som kan utvecklas framåt.

Ur arbetsmiljösynpunkt har framkommit att det kan vara svårt att leda två mottagningar då personalgrupperna blir större än idag. Dock ses möjligheter att upplevelsen av närvarande chef kan öka i ett delat ledarskap. Risk som plockas fram är att en stor arbetsgrupp kan leda till anonymitet och utanförskap men genom närvarande ledarskap och teamutveckling kan detta motverkas.

Oavsett två eller tre utbudspunkter ser analysteamet risker i de arbetssätt och arbetsinnehåll som finns i verksamheten i nuläget vilket behöver ses över och förändras för att öka tillgänglighet, säkerhet för patienterna och arbetsmiljö t ex rutinen kring fast vårdkontakt, teamkonferenser, samverkan med vårdgrannar, arbetsbeskrivningar mm.

Risk vid tre utbudspunkter är att professioner som är få till antalet inte kan erbjuda patienter som har specifika behov av deras stöd, vilket gör att de får sämre stöd och vård.

Det analysteamet lyft fram och som också framkommit vid workshops i verksamheten är att behålla åldersövergripande ätstörningsenhet, BUP:s akutteam och dagsjukvård i Skövde och inte fördela ut detta på fler utbudspunkter.

9. Tidsåtgång

	Arbete i analysteamet	Planering och dokumentation
Antal persontimmar	74,5	26

Tidsåtgången för riskanalysen är sammanlagt 74,5 mantimmar. Analysen påbörjades den 2018-11-07 och avslutades den 2018-12-14. Analysgruppen träffades vid 3 tillfällen, under november/december 2018. Dokumentation har löpt parallellt fram till 2019-01-14. Rapporten överlämnades till uppdragsgivarna i januari månad 2019.

10. Uppdragsgivarens kommentarer

Analysen är framtagen för att belysa patientsäkerhet och arbetsmiljörisker utifrån två alternativt tre utbudspunkter. Efter genomförd risk- och möjlighet analys förespråkar verksamhetschefen efter genomgång i verksamhetsledning att beslut fattas om två öppenvårdsmottagningar i Skaraborg med förslag på utbudspunkterna Skaraborgs Sjukhus Skövde och Skaraborgs Sjukhus Mariestad. Vidare att verksamheten organiseras genom en ålderövergripande ätstörningsenhet, akutverksamhet BUP och dagsjukvård BUP fortsatt förläggs vid utbudspunkt Skaraborgs Sjukhus Skövde.

10.1 Åtgärder

Verksamhetschefen vidtar samtliga åtgärder som beskrivs i tabellen för risker och möjligheter ovan. Övriga identifierade risker och möjligheter har inte skattats som så höga att de kräver omedelbara åtgärder. Dock kommer även dessa risker och möjligheter att plockas upp och diskuteras för att sedan hanteras inom enheternas arbete med ständiga förbättringar och processarbete.

10.2 Återkoppling

Analysen sammanställs i rapportform och redovisas för bitr sjukhusdirektör Jane Johansson för att därefter mynna ut i information och tjänsteutlåtande inför beslut. Analysen redovisas i verksamhetsledning av verksamhetschef. Enhetschefer skall återkoppla analysens resultat till medarbetare i berörd verksamhet. Verksamhetschef återkopplar analysen via facklig samverkan. En kommunikationsplan arbetas fram med hjälp av kommunikationsstöd.

10.3 Uppföljning

Uppföljning av genomförda insatser sker löpande i enlighet med framtagna handlingsplan både i verksamhetsledning, på APT och i facklig samverkan samt i politisk samverkan. Vidare följs produktion och kapacitet, tillgänglighetsmått, patientklagomål, avvikelser och medarbetarsamtal.

Kommunikationsplan

Skaraborgs Sjukhus anpassning av barn- och ungdomspsykiatri i enlighet med regional utvecklingsplan

Bakgrund

Under 2018 har barn- och ungdomspsykiatrien vid Skaraborgs Sjukhus fokuserat på att arbeta fram underlag för beslut kring utbudspunkter för att skapa större, färre och mer robusta mottagningar. Bakgrunden är att regionfullmäktige 2017 beslutade om en regional utvecklingsplan där de förvaltningar inom VGR som arbetar med barn- och ungdomspsykiatri fått i uppdrag att ta fram förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och dagsjukvård/mellanvård.

Förslaget som barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten vid Skaraborgs Sjukhus har tagit fram innebär att:

- Skaraborgs Sjukhus omorganiserar den barn- och ungdomspsykiatriska vården till två robusta barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar med samlad tvärprofessionell kompetens.
- De två robusta mottagningarna förläggs vid Skaraborgs Sjukhus Skövde och Skaraborgs Sjukhus Mariestad.
- Förändringen genomförs stegvis och ska vara genomförd senast 2019-11-01 i Skövde och senast 2020-05-01 i Mariestad.
- Verksamheten vid de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna på Skaraborgs Sjukhus Falköping och Skaraborgs Sjukhus Lidköping slås ihop med de robusta mottagningarna i Skövde och Mariestad, och förändras till satellitmottagningar.

I samband med omorganiseringen kommer verksamheten även att utveckla arbetssätten avseende bland annat mobila insatser, e-hälsa/digitalisering och samverkan med andra aktörer.

Medarbetare som idag arbetar på mottagning som kommer omvandlas till satellitmottagning kommer att fortsätta sin tjänstgöring vid mottagningarna i Skövde eller Mariestad, utifrån verksamhetens behov.

Patienter i berörda upptagningsområden kommer att erbjudas en mer säker och jämlik vård, och kommer att få sina besök vid mottagningarna i Skövde eller Mariestad alternativt via satellitmottagningar.

Motivering till förslaget om utbudspunkter i Skövde och Mariestad:

- Vid Skaraborgs Sjukhus Skövde finns idag två BUP-mottagningar med olika uppdrag.
- Skövde är en central ort för Skaraborgs Sjukhus och är därmed också en central del för barn- och ungdomspsykiatrien där ätstörningsenhet, akutverksamhet, mellanvård och dagsjukvård finns.
- Vid Skaraborgs Sjukhus Mariestad finns idag två BUP-mottagningar med olika uppdrag.
- Vid Skaraborgs Sjukhus Mariestad finns lokaler som tidigare har anpassats för ett barn- och ungdomscenter och som, efter vissa lokaljusteringar, väl lämpar sig för att bli ytterligare en central utbudspunkt för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg.

Syftet med den föreslagna organiseringen är bland annat att bättre kunna erbjuda en mer jämlik och patientsäker vård i Skaraborg, i enlighet med den regionala utvecklingsplanen. Tidigare erfarenheter vittnar om att resurser och kompetenser används på ett bättre och mer effektivt sätt i ett större sammanhang, och att små mottagningar, med få till antalet yrkeskategorier, blir sårbart och har en direkt negativ påverkan på patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Syfte och mål med kommunikationen

Kommunikationen syftar till att ge ökad kännedom om, och framför allt skapa förståelse för, varför förslaget om färre och mer robusta mottagningar har tagits fram. Målet är att såväl medarbetare som patienter och närstående samt övriga målgrupper ska få förståelse för och känna sig trygga med det eventuella beslutet.

Kommunikationen har följande mål:

- Att skapa en trygghet som leder till att medarbetare som direkt påverkas av förändringen förstår varför förändringen görs och ser möjligheter med den.
- Att patienter, närstående samt övriga invånare känner sig trygga i att de får en mer jämlik, säker och tillgänglig vård där kontinuitet och robusthet prioriteras.

Målgrupper

- Medarbetare inom M6
- Övriga medarbetare inom SkaS
- Fackliga organisationer
- Patientorganisationer

Patienter och närstående

- Övriga invånare
- Sjukhusledning och verksamhetsråd
- Kommun(-politiker) i Skaraborg
- Sjukhusstyrelse
- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
- Samverkanspartners och vårdgrannar
- Media

Budskap

Förslaget är en del i implementeringen av den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri i VGR, som antogs i regionfullmäktige 2017.

Det finns sedan tidigare erfarenhet av att små mottagningar med få yrkeskategorier är svåra att bemanna, och riskerar att bli sårbara vilket har en negativ inverkan på både patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Förslaget innebär en mer robust och mindre sårbar verksamhet där kompetensen breddas och bemanningen säkerställs, vilket resulterar i bättre förutsättningar för en tillgänglig, god och säker vård samt en förbättrad arbetsmiljö för medarbetare.

Frågor och svar

Tänkbara frågor	Svar
När ska detta genomföras?	Genomförandet föreslås ske succesivt under 2019 och vara klart senast 1 maj 2020.
Varför föreslår ni att avveckla mottagningarna i Falköping och i Lidköping?	Förslaget innebär inte att mottagningarna ska avvecklas, utan slås samman med mottagningarna i Skövde och Mariestad, och därmed bli större och mer robusta. Den främsta orsaken är att större och mer robusta mottagningar bemannade med fler yrkeskategorier leder till förbättrad tillgänglighet, patientsäkerhet och arbetsmiljö och skapar förutsättningar att bedriva en mer jämlik vård utifrån regional utvecklingsplan. Genomförd risk- och konsekvensanalys, där man tittat på risker och möjligheter vid både tre och två mottagningar, visar att riskerna för att det ändå inte blir robust är större vid tre mottagningar, än två. Detta eftersom det finns relativt få medarbetare inom vissa yrkeskategorier.
Varför behålla mottagningarna i just Skövde och Mariestad?	Mottagningarna föreslås vara förlagda på orterna Skövde och Mariestad eftersom det i Skövde finns två BUP-mottagningar med olika uppdrag, och dessutom är Skövde en central ort för Skaraborgs Sjukhus och därmed också en central del för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg. Även i Mariestad finns två BUP-mottagningar med olika uppdrag. Där finns också lokaler som anpassats för ett barn- och ungdomscenter och som, efter vissa lokaljusteringar, väl lämpar sig för att bli ytterligare en central utbudspunkt för barn- och ungdomspsykiatri i Skaraborg.
Vilka risker är förenade med det här förslaget?	En risk- och konsekvensanalys genomfördes hösten 2018 och ligger till grund för förslaget. De identifierade risker som värderats högst rör bland annat: • Risk för att vissa medarbetare inte vill byta arbetsort • Längre resväg för patienter på vissa orter • Anpassning av lokaler I analysen uppges även vilka åtgärder som behöver vidtas för att bemöta de identifierade riskerna.
Kommer patienterna få längre att åka nu? Vad finns det för risker med det och hur säkras vården för patienter som idag tillhör mottagningarna i Lidköping och Falköping?	Ja, vissa patienter kommer att få längre resväg. Detta har identifierats i den riskanalys som ligger till grund för förslaget. För att avstånd till utbudspunkter inte ska leda till ojämlik vård eller uteblivna besök kommer satellitmottagningar att utvecklas och dessutom kommer en utveckling av verksamhetens arbetssätt att behöva ske. Detta rör bland annat:

	• införande av BCFPI (bedömning via anpassad telefonintervju) • bättre samordning av besök så att de blir färre per patient • utveckling av digitala vårdformer, till exempel patientbesök via Skype, e-tjänster, webbtid-bok, utveckling av mobilapplikationer och internetbaserad behandling Dessutom kommer verksamheten att fortsätta arbeta med mobila insatser, till exempel genom mellanvårdsteam där behandlare utför kvalificerad vård i patientens hemmiljö. Enstaka hembesök kan också utföras av andra behandlare när det anses nödvändigt för patientens hälsotillstånd.
Kommer förslaget att medföra (ökade eller minskade) kostnader?	Initialt viss kostnad för anpassning av lokaler i Skövde och Mariestad, dessa kostnader bedöms dock balanseras mot att nuvarande hyreskostnader förändras.
Hur kommer medarbetarna att påverkas av förslaget?	Förutsättningar för en bättre arbetsmiljö kommer att öka när arbetsgrupperna blir mer robusta, vilket leder till ökad trygghet och kontinuitet för medarbetarna, dessutom breddas kompetens och en utveckling av arbetssätten kommer att ske. Medarbetare som kommer att få byta arbetsort fortsätter sin tjänstgöring vid mottagningarna i Skövde eller Mariestad, utifrån verksamhetens behov.
Kommer det finnas möjlighet för personalen att ha önskemål om på vilken arbetsort man vill fortsätta sin tjänst?	Personalens önskemål om arbetsort kommer att tas hänsyn till i möjligaste mån, men det är verksamhetens behov som slutligen avgör ort för fortsatt tjänstgöring. Fortsatt dialog med medarbetare kommer att ske.
Vad händer med de patienter som berörs?	Patienter som tillhör berörda upptagningsområden kommer att få sina besök vid mottagningarna i Skövde eller Mariestad, alternativt vid satellitmottagningar, och erbjudas en mer jämlik och säker vård. För att fortsatt säkra tillgänglighet för dessa patienter kommer verksamhetens arbetssätt att behöva utvecklas med bland annat: • införande av BCFPI (bedömning via anpassad telefonintervju) • bättre samordning av besök så att de blir färre per patient • utveckling av satellitmottagningar • utveckling av digitala vårdformer, till exempel patientbesök via Skype, e-tjänster, webbtid-bok, utveckling av mobilapplikationer och internetbaserad behandling Dessutom kommer verksamheten att fortsätta arbeta med mobila insatser, till exempel genom mellan-

	vårdsteam där behandlare utför kvalificerad vård i patientens hemmiljö. Enstaka hembesök kan också utföras av andra behandlare när det anses nödvändigt för patientens hälsotillstånd.
Hur kommer fördelningen av patienter att se ut mellan Skövde och Mariestad? Vilka upptagningsområden ska respektive mottagning ha?	Arbete med planering av fördelning pågår och beräknas vara klar senast maj 2019. Mottagningarna i Skövde och Mariestad kommer att bli ungefär lika stora med avseende på upptagningsområde och antal patienter. Patienten kommer precis som tidigare att ha möjlighet att välja mottagning.
Är lokalerna i Skövde och Mariestad verkligen anpassade för större personalgrupper?	Inte i nuläget, men utökning av lokaler kommer att ske utifrån verksamhetens behov. Lokalöversyn pågår. Anpassade lokaler kommer att finnas även för satellitmottagningar på sjukhusorterna Falköping och Lidköping.
Är detta inte helt fel väg att gå – all forskning visar att ju mer resurser som läggs på unga desto lägre blir kostnaderna för samhället längre upp i åldrarna. Borde inte BUP-verksamheten bevaras vid de orter som finns och verksamheten istället byggas ut?	Målgruppen barn och unga hanteras i första hand av primärvård och kommun, som finns på lokal nivå nära patienten. Tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa är viktiga för att förhindra en för individen ogynnsam utveckling. Primärvården och andra aktörer inom exempelvis skola och socialtjänst är viktiga aktörer för identifikation och tidiga insatser. Barn- och ungdomspsykiatri ska omhänderta den mindre delen av barn och unga som har medelsvåra till svåra sjukdomstillstånd. Förslaget innebär inte minskade resurser för barn- och ungdomspsykiatri, utan snarare en utveckling av verksamhetens arbetssätt i syfte att bättre möta patientgruppens behov.
Nyligen gick personal inom psykiatri ut och krävde högre lön. Om ni nu flyttar verksamheten, riskerar ni då inte att personal kommer att säga upp sig?	Jo, detta är en risk som har identifierats i riskanalysen. När det gäller personalomsättningen inom barn- och ungdomspsykiatri, arbetar vi aktivt med frågan inom flera områden, delvis genom denna förändring där större och mer robusta mottagningar skapar bättre förutsättningar för att attrahera och rekrytera nya medarbetare. Dessutom innebär förslaget en förbättrad arbetsmiljö för befintliga medarbetare. Personalen har sedan tidigare en hög belastning, vilket är en av anledningarna till att skapa större, mer robusta mottagningar.
Är personalen medvetna om de föreslagna förändringarna? Har de fått vara med i arbetet?	Ja. Arbetet som ligger till grund för förslaget har skett i olika arbetsgrupper där medverkande inkommit med synpunkter och underlag. Hela verksamheten har även varit involverad genom att medarbetare har bjudits in i arbetet via arbetsplatsträffar och separata workshops kring hur arbetssättet behöver förändras inför anpassningen till robusta mottagningar. Här kommer arbetet att fortsätta att utvecklas i olika arbetsgrupper.

	Vidare har verksamhetschef vid verksamhetens utvecklingsdagar informerat om syfte och innehåll i den regionala utvecklingsplanen.
Kommer förslaget att tas upp igen? I så fall, när? Vad kommer man att föreslå?	Ett färdigt förslag med samma utgångspunkt som i det tidigare förslaget, men förtydligat, kommer att behandlas vid styrelsemötet den 26 april.
Varför har informationen kring detta ärende varit så motsägelsefull och otydlig?	Verksamheten har haft som mål att vara tydlig i vad det riskanalyserade förslaget innebär. Tyvärr, vilket vi beklagar, har resultatet inte blivit det vi avsett. Det finns olika förklaringar till detta. Vi har nu tagit fram ett beslutsunderlag inför nästa styrelsemöte och förhoppningen är då att såväl förslaget som kommunikationen kring ärendet är tydligare.
Vad innebär en satellitmottagning?	Vid satellitmottagningarna möter behandlare från de robusta mottagningarna sina patienter med behov av tät behandling eller tät uppföljning av läkemedelsbehandling för att erbjuda att detta sker så nära patienten som möjligt. Med tät behandling/uppföljning menar verksamheten en till två gånger i veckan under en begränsad tid. En satellitmottagning är öppen en till två dagar i veckan. Gruppbehandlingar och föräldrautbildningar kan också bedrivas vid en satellitmottagning beroende på efterfrågan och behov till närområdet. Öppettiderna kan variera över tid utefter de aktuella volymerna.
Vad innebär mobila insatser?	Mobila insatser utförs av mellanvårdsteam där behandlare utför kvalificerad vård i patientens hemmiljö. Det innebär också att enstaka hembesök utförs av andra behandlare från de robusta mottagningarna när det anses nödvändigt för patientens hälsotillstånd. Digitala vårdformer kan också benämnas mobila, till exempel patientbesök via Skype, e-tjänster, webbtidbok, utveckling av mobilapplikationer, internetbaserad behandling med mera.
Om förslaget inte handlar om ekonomi, vad handlar det då om?	Den främsta orsaken till att förslaget läggs fram är att större och mer robusta mottagningar bemannade med fler yrkeskategorier leder till förbättrad tillgänglighet, patientsäkerhet och arbetsmiljö och skapar förutsättningar att bedriva en mer jämlik vård. Förslaget är dessutom en del i att implementera den regionala utvecklingsplan som beslutats av regionfullmäktige. SkaS står inför ekonomiska utmaningar, där åtgärder tas fram, men det här förslaget är inte en av de åtgärderna.

Varför skulle det vara lättare att bemanna med fler yrkeskategorier vid färre och mer robusta mottagningar?	Förutsättningar för en bättre arbetsmiljö kommer att öka när arbetsgrupperna blir större, vilket leder till ökad trygghet och kontinuitet för medarbetarna. Kompetensen breddas med fler till antalet professioner i teamen, vilket ger andra möjligheter än vad vi kan erbjuda idag. En bättre kompetensutveckling kan också erbjudas när vi arbetar i team där fler kollegor finns att tillgå.
Behövs inte barn- och ungdomspsykiatri i de västra delarna av Skaraborg?	Jo, det behövs, och vi kommer även fortsättningsvis att möta barn och unga med psykisk ohälsa i de västra delarna av Skaraborg genom de två robusta mottagningarna och satellitmottagningar, samt mobila insatser. Målgruppen barn och unga hanteras i första hand av primärvård och kommun, som finns på lokal nivå nära patienten. Tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa är viktiga för att förhindra en för individen ogynnsam utveckling. Primärvården och andra aktörer inom exempelvis skola och socialtjänst är viktiga aktörer för identifikation och tidiga insatser. Barn- och ungdomspsykiatri ska omhänderta den mindre delen av barn och unga som har medelsvåra till svåra sjukdomstillstånd.

Kontaktpersoner/talespersoner

Frågor från media hanteras via kommunikationsenheten (Michael Malmberg/Jan Nyman) och hänvisas till:

- I första hand Annelie Sundén Gustavsson, verksamhetschef, M6, SkaS
- Om verksamhetschef inte är i tjänst: Jane Johansson, biträdande sjukhusdirektör, SkaS

Tid- och aktivitetsplan

Tid	Aktivitet/kanal	Målgrupp	Ansvar	Status
27 februari	Informationsträff	Ledningsgrupp, M6	Verksamhetschef	Klar
4 mars	MBL-info	Fackliga organisationer	Enhetschef/verksamhetschef (biträdande)sjukhusdirektör	Klar
4 mars	Information på APT (bildspel + dialog)	Medarbetare inom M6 (Lidköping)	Enhetschef/verksamhetschef	Klar
5 mars	Information på APT (bildspel + dialog)	Medarbetare inom M6 (Skövde, Mariestad, Falköping)	Enhetschef/verksamhetschef	Klar
11 mars	Handlingar inför sjukhusstyrelse skickas ut	Media, m.fl.	Sekreterare	Klar
18 mars	Pressutskick efter styrelsesammanträde	Media	Kommunikatör	Klar

27 mars	Ledningsgrupp M6	Enhetschefer	Verksamhetschef	Klar
27 mars	MBL-info	Fackliga organisationer	Verksamhetschef/sjukhusdirektör	Klar
10 april	Information på presidiet	Styrelseordförande	Sjukhusdirektör	
10 april	MBL-förhandling	Fackliga organisationer	Sjukhusdirektör	
19 april	Utskick av handlingar inför styrelse	Media m.fl.	Sekreterare	
26 april	Styrelsens sammanträde	Styrelsen	Styrelsen	
26 april	Pressutskick	Media	Kommunikatör	
26 april	Nyhet på Fokus	Medarbetare SkaS	Kommunikatör	
26 april	Nyhet på SkaS externa webb	Allmänhet	kommunikatör	
Från 26 april och framåt	Information på APT	Medarbetare M6	Enhetschef/verksamhetschef	

Tjänsteutlåtande

Datum 2019-04-10

Diarienummer SKAS 2019-00154

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Jane Johansson

Telefon: 070-082 53 53

E-post: jane.g.johansson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Förändrad verksamhet Skaraborgs Sjukhus (SkaS) Mariestad

Förslag till beslut

1. Samordna öppenvårdsmottagning Öron, Näsa, Hals (ÖNH) till två utbudspunkter, sjukhusen i Skövde och Lidköping.
2. Samordna öppenvårdsmottagning inom Hud, verksamheten koncentreras till sjukhuset Skövde.
3. Ovanstående beslut överlämnas för beredning till östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Sammanfattning av ärendet

De planerade verksamhetsförändringarna i Mariestad syftar till att säkerställa och utveckla specialistsjukvården på Skaraborgs Sjukhus. Specialistsjukvården behöver ha robusta mottagningar och vårdavdelningar där tillräcklig tvärprofessionell kompetens samverkar och utvecklar vårdprocesserna. Förändringarna syftar även till att effektivisera vården, samt skapa förutsättningar för en ekonomi i balans.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Samordning av öppenvårdsmottagningar inom ÖNH

Sedan 2012 har den huvudsakliga öppenvårdsverksamheten inom ÖNH varit koncentrerad till Skövde. Mottagning bedrivs även på Sjukhuset i Lidköping där poliklinisk kirurgi utförs på centraloperation. ÖNH-mottagning bedrivs på Sjukhuset i Mariestad 1–2 gånger per vecka av 1–3 läkare per tillfälle. ÖNH-mottagningen i Mariestad har ingen fast personal, utan bedrivs av tillrest personal (läkare, sjuksköterska, undersköterska) från mottagningen i Skövde. Ibland utförs polikliniska ingrepp på mottagningen, och då får verksamheten stöd av undersköterska från dagsjukvården i Mariestad. Den huvudsakliga anledningen till att mottagningsverksamhet i dagens läge bedrivs i Mariestad är lokalbrist på mottagningen i Skövde. ÖNH-patienterna i Skaraborg hanteras genom en gemensam väntelista, vilket ger möjlighet till jämlika och enhetliga prioriteringar. Endast en mindre del av patientunderlaget utgörs av patienter med kroniska sjukdomar med täta återbesök, och en eventuell stängning av ÖNH-verksamheten

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00154

2 (4)

i Mariestad torde därför inte medföra någon betydande förändring ur patientperspektivet gentemot dagens läge.

I nedanstående tabell redovisas patientbesök, första och efterföljande under 2017 och 2018, samt var patienterna är folkbokförda. Patienterna tillhör specialistvården och ska omhändertas där. Därmed ingen påverkan eller förändring för primärvårdens uppdrag i området.

ÖNH Mariestad	2017		2018	
	Första	Efter	Första	Efter
Gullspång	57	19	67	41
Mariestad	272	150	314	195
Töreboda	103	45	86	50
Övriga	95	35	123	96
Totalt	527	249	590	382

Samordning av hudverksamheten på SkaS

Hudmottagningen i Mariestad har ca 1 500 besök per år. Till mottagningen hör även en behandlingsenhet för bad och ljus. Mottagningen stänger ett antal månader om året i samband med sommar och jul, då bokas patienterna in på mottagningen och behandlingsenheten i Skövde. Mariestadsmottagningens patienter, inkluderat bad och ljusenhet, kan fortsättningsvis på helårsbasis omhändertas i Skövde vilket möjliggör en fortsatt effektiv planering och kompetensförsörjning av verksamheten. Biologiska läkemedel används i allt större utsträckning inom huds verksamhetsområde. Det är framförallt för gruppen psoriasispatienter som denna läkemedelsbehandling är aktuell. Denna mycket effektiva läkemedelsbehandling minskar antalet bad och ljuspatienter totalt sett. Hudverksamheten har sedan 2012 arbetat med att utveckla digitalisering genom teledermatologi och teledermatoskopi. Teledermatoskopi implementerades under 2017/2018 i hela regionen vilket innebär att primärvård skickar remiss och bild utifrån sin frågeställning. Flera av insända remisser blir istället för ett fysiskt besök på hudmottagningen en så kallad distanskonsultation. Genom teledermatologi och teledermatoskopi möjliggörs distanskonsultation istället för fysiskt besök och resurserna på mottagningen kan koncentreras till patienter med svårare hudsjukdomar och behandlingar samt andelen av besök där en åtgärd (operation) kan kopplas till besöket ökar. Detta innebär att enheten blir mer effektiv och patienter kan tas om hand på rätt vårdnivå.

I nedanstående tabell redovisas patientbesök, första och efterföljande under 2017 och 2018, samt var patienterna är folkbokförda. Patienterna tillhör specialistvården och ska omhändertas där. Därmed ingen påverkan eller förändring för primärvårdens uppdrag i området.

Hud Mariestad	2017		2018	
	Första	Efter	Första	Efter
Gullspång	61	66	61	22
Mariestad	331	571	326	666
Töreboda	124	169	117	172
Övriga	127	56	178	89
Totalt	643	862	682	949

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00154

3 (4)

Utveckling av Nära Vård – samarbete med primärvård

I samband med att arbetet kring en mer optimal vårdstruktur tagit form har som en del kring förändringarna först diskussioner med Närhälsans områdeschef. Den förstärkning som Närhälsan ser som mest optimal är snabb konsultationsmöjlighet till sjukhusets specialister. Det kan ske på olika sätt och möjligheterna genom specialist direkt är en viktig del som kan utvecklas och förstärkas. De digitala möjligheterna som ses framöver med teknik som kan utvecklas genom exempelvis bildöverföring till andra områden än huds teledermatoskopi, ses stora möjligheter för primärvårdens allmänspecialister att slippa remittera patienter för ett extra läkarbesök på sjukhuset. Närhälsans ledning ser inte att förutsättningarna till första linjens sjukvård påverkas negativt av ovanstående föreslagna förändringar.

Kostnader

Medför beslutet förändrade kostnader?

- ☒ Nej
☐ Ja

Risk- och konsekvensanalys

- ☒ Ja
☐ Nej

Beslutsfattare

- ☒ Styrelsebeslut

Beredning

- | | |
|--|-------------------|
| ☒ MBL | Datum: 2019-03-12 |
| Ansvar: | Jane Johansson |
| ☒ Sjukhusledning | Datum: 2019-02-26 |
| Ansvar: | Jane Johansson |
| ☒ Verksamhetsråd | Datum: 2019-02-19 |
| Ansvar: | Jane Johansson |
| ☒ SkaS presidium | Datum: 2019-04-10 |
| Ansvar: | Jane Johansson |

Kommunikation

Ärendet kommuniceras genom

- ☒ Fokus SkaS – intranät
☐ VGR – övriga VGR
☒ I linjen
☐ Förvaltningskontorets nyhetsbrev
☐ APT-info
☒ Media
☒ Expediering av beslut
☐ Annat, ange:

Datum 2019-04-10
Diarienummer SKAS 2019-00154

4 (4)

Kommunikationsplan

- ☒ Ja
☐ Nej

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Jane Johansson
Biträdande sjukhusdirektör

Skickas till

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
hsn.ostra@vgregion.se
- Jörgen Thorn, sjukhusdirektör
- Jane Johansson, biträdande sjukhusdirektör
- Martin Takac, biträdande sjukhusdirektör
- Stellan Ahlström, verksamhetschef M3 – för genomförande
- Rebecca Oscarsson, verksamhetschef K5 – för genomförande

Tjänsteutlåtande
Datum 2019-04-17
Diarienummer SKAS 2019-00191

Skaraborgs Sjukhus
Handläggare: Åsa Ranbro Jansson
E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Måluppföljning 2019-03 Skaraborgs Sjukhus

Förslag till beslut

1. Sjukhusstyrelsen beslutar fastställa rapport Måluppföljning 2019-03

Sammanfattning av ärendet

Redovisning av de mål och fokusområden som Skaraborgs Sjukhus (SkaS) verksamheter arbetar med under 2019. De aktiviteter som genomförs och planeras genomföras under året beskrivs. I rapporten redovisas även det ekonomiska läget per mars samt produktionsutfallet per mars.

- Mål: Västra Götaland ska sträva efter det hållbara samhället med tillväxt av jobb och företag i hela regionen.
Här redovisas SkaS miljöarbete som fokuserats på att öka verksamhetens miljökunskap och att minska kassation och onödig resursförbrukning/negativ miljöpåverkan.
- Mål: En sammanhållen och tillgänglig hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet samt som alltid utgår ifrån den enskilda personens behov och erfarenheter.
Här redovisas hur verksamheten arbetar för att förbättra omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom, hur arbetet för att skapa mesta möjliga värde för patienten fortlöper, utfallet av tillgänglighetsmått och hur den medicinska kvaliteten utvecklas.
- Mål: Västra Götalandsregionen ska erbjuda god arbetsmiljö för medarbetarna, kunna behålla och rekrytera rätt kompetens.
Här redovisas SkaS arbete med karriär- och kompetensutveckling samt arbetet för en god arbetsmiljö och minskad sjukfrånvaro.
- Ekonomi och verksamhet i balans.
En redovisning av det ekonomiska utfallet per mars, de åtgärder som pågår och planerats för en förbättrad ekonomi. I avsnittet redovisas även en uppföljning av producerade vårdvolymmer.

Datum 2019-04-17
Diarienummer SKAS 2019-00191

2 (2)

Beredning

Sjukhusledning 2019-04-23
Information på MBL 2019-04-24

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

Bilaga

- Rapport: Måluppföljning 2019-03

Skickas till

- Sjukhusledning för kännedom
- Verksamhetsråd för kännedom

Tjänsteutlåtande
Datum 2019-04-15
Diarienummer SKAS 2019-00207

Västra Götalandsregionen
Skaraborgs sjukhus
Handläggare: Åsa Ranbro Jansson
E-post: asa.ranbro@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Ansökan om investeringsmedel område kirurgi

Förslag till beslut

1. Styrelsen beslutar ansöka om ägarstyrda investeringsmedel för inköp av medicinteknisk utrustning enligt nedan.

Sammanfattning av ärendet

Ansökan om investeringsmedel 2020 har inkommit från verksamhetsområde kirurgi. Ansökan avser en operationsrobot till urologi-, kirurgi och gynekologiverksamheten samt ett endoskopiskt ultraljud till kirurgi- och urologiverksamheten. Ansökningarna ligger som bilaga 1 och 2 till detta tjänsteutlåtande.

Eftersom investeringarna definieras som så kallade ägarstyrda investeringar kräver ärendet regional beredning samt beslut av regionstyrelsen (RS). RS beslut innebär att Skaraborgs Sjukhus (SkaS) får möjlighet att låna medel för avsedd investering. Om investering ska genomföras eller ej beslutas under hösten 2019 av styrelsen för SkaS i samband med beslut om detaljbudget och investeringsplan för 2020.

I beslut från 2018 (RS 2018-01888) avseende ägarstyrda investeringsmedel för 2019 avsattes investeringsmedel för inköp av operationsrobot till NU-sjukvården. I motiveringen till beslutet nämns att operationsrobot behövs för att stödja omställningen (koncentration av vård) samt att en operationsrobot även bör lokaliseras till SkaS. Enligt beslut i regionstyrelsen (RS 2018-02858) ska radikala prostatektomier koncentreras till SkaS, SU och NU-sjukvården.

Efter sjukhusgemensam beredning föreslås styrelsen besluta ansöka om investeringsmedel för

- Operationsrobot för urologi-, kirurgi och gynekologiverksamheterna, 24 miljoner kronor.
- Endoskopiskt ultraljud för kirurgi- och urologiverksamheterna, 1,6 miljoner kronor.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Ansökan om investeringsmedel 2020 har inkommit från verksamhetsområde kirurgi.

Ansökan avser

- en operationsrobot till urologi-, kirurgi och gynekologiverksamheten för operationer av exempelvis prostatacancer, ändtarmscancer och vissa gynekologiska ingrepp samt

Datum 2019-04-15
Diarienummer SKAS 2019-00207

2 (3)

- ett endoskopiskt ultraljud till kirurgi- och urologiverksamheten för bland annat vävnadsdiagnostik av tumörer i magtarmkanalen, diagnostik av oklara cystor i bukspottskörteln och diagnostik av misstänkt gallsten i djupa gallvägarna.

Ansökningarna ligger som bilaga 1 och 2 till detta tjänsteutlåtande.

De kliniska nyttoeffekter som anges i ansökan avseende operationsrobot handlar främst om att den nya tekniken medför högre medicinsk kvalitet, kortare operationstider, lägre komplikationsrisk, kortare vårdtider, kortare sjukskrivningstider samt en förbättrad arbetsmiljö/ergonomi för opererande personal. Den nya tekniken innebär även en utökad kapacitet och förbättrad tillgänglighet till operationstekniken för patienter i SkaS primära upptagningsområde. Inom VGR finns tekniken sedan tidigare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) samt installeras under 2019 på NU-sjukvården. I beslutet från 2018 (RS 2018-01888) om att fördela investeringsmedel till NU-sjukvården nämns i motiveringen att operationsrobot behövs för att stödja omställningen (koncentration av vård) samt att en operationsrobot även bör lokaliseras till SkaS. Enligt beslut i hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HS 2018-00175) ska radikala prostatektomier koncentreras till SkaS, SU och NU-sjukvården.

De kliniska nyttoeffekter som anges i ansökan avseende endoskopiskt ultraljud (EUS) handlar om ökad kapacitet och säkrare diagnostik. Bedömningen är att behovet av behandling och utredning med EUS kommer att öka kraftigt då den allt oftare är en del av terapin i samband med ingrepp i gallvägar och bukspottskörtel. Inom VGR finns tekniken sedan tidigare på SU samt SÄS men behovet av behandling och utredning med EUS kommer att öka kraftigt. Om SkaS inför EUS så minskas dels belastningen på SU och SÄS men framförallt behovet av patienttransporter samtidigt som den regionala kapaciteten ökar.

Eftersom investeringarna definieras som så kallade ägarstyrda investeringar kräver ärendet regional beredning samt beslut av regionstyrelsen (RS). RS beslut innebär att SkaS får möjlighet att låna medel för avsedd investering. Om investering ska genomföras beslutas under hösten 2019 av styrelsen för SkaS i samband med beslut om detaljbudget och investeringsplan för 2020.

Med ägarstyrd investering menas de nyinvesteringar som uppfyller något av följande kriterier:

1. Utökad verksamhet/kapacitet och/eller ökad kvalitet i verksamheten som medför en varaktig ökning av verksamhetens driftkostnader.
2. Införande av ny teknik/nya metoder i verksamheten.
3. Strukturell förändring för verksamhetsområdet i sin helhet genom
 - a. påverkan på produktion/tillgänglighet
 - b. påverkan på kompetensförsörjning, eller
 - c. geografisk omplacering eller koncentration av verksamhet.

En tydlig ägarstyrning är en viktig del i att säkerställa att de investeringar som planeras inte bara är bästa lösningen för enskilda verksamheter, utan även för regionen i sin helhet.

Ekonomiska konsekvenser

Operationsrobot:

Investering 24 mnkr, årlig avskrivningskostnad 3 mnkr vid en avskrivningstid på 8 år.

Servicekostnad 2 mnkr/år.

Ökad kostnad engångsmaterial ca 10 tkr/operation, totalt ca 2 mnkr vid en volym på 200 operationer/år.

Ökad årlig driftkostnad, cirka 7 miljoner kronor.

Datum 2019-04-15
Diarienummer SKAS 2019-00207

3 (3)

I samband med införande av den nya tekniken och under upplärningsfasen kommer produktionen att minska under en period. Därefter en bedömd ökad operationskapacitet med möjlighet att operera 3 gånger fler operationer per dag jämfört med i dag.

Endoskopiskt ultraljud:

Investering 1,6 miljoner kronor, årlig avskrivningskostnad 230 tusen kronor vid en avskrivningstid på 7 år.

Genomförande av beslut

Ansökan om ägarstyrda investeringsmedel skickas till koncernkontoret, avdelning Koncernekonomi senast 2019-05-08.

Beredning

Ärendet bereds i SkaS investeringsråd 2019-03-20, 2019-05-02 samt i sjukhusledning 2019-04-23.

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Åsa Ranbro Jansson
Ekonomichef

Bilaga

- Bilaga 1 Ansökan investeringsmedel operationsrobot
- Bilaga 2 Ansökan investeringsmedel endoskopiskt ultraljud

Skickas till

- Verksamhetschef K2 för kännedom
- Verksamhetsråd och sjukhusledning för kännedom
- Investeringsråd för kännedom
- Ekonomichef för genomförande

Ansökningsblankett ägarstyrda investeringar i medicinteknisk utrustning för sjukhus inom VGR

Regionstyrelsen fastställde under 2018 ny policy och riktlinje för hantering av Västra Götalandsregionens investeringar. I riktlinjen fastställs att innebörden av *ägarstyrda investeringar* i investeringspolicyn för utrustning ska vara nyinvesteringar som uppfyller något av följande kriterier:

1. Utökad verksamhet/kapacitet och/eller ökad kvalitet i verksamheten som medför en varaktig ökning av verksamhetens driftkostnader.
2. Införande av ny teknik/nya metoder i verksamheten.
3. Strukturell förändring för verksamhetsområdet i sin helhet genom
 - a. påverkan på produktion/tillgänglighet
 - b. påverkan på kompetensförsörjning, eller
 - c. geografisk omplacering eller koncentration av verksamhet.

Typ av utrustning:

Beteckning på avsedd/föreslagen utrustning:

Operationsrobot ad modum da Vinci Xi Dual (samma utrustning som NU-sjukvården just nu installerar)

Kategori enligt de tre kriterierna ovan (uppfyller en eller flera kriterier?):

1, 2, 3 a, b och c

Förslagsställare:

Sjukhuschef/förvaltningschef: JörgenThorn

Sjukhusets kontaktperson:

Verksamhet: K2, K3, K6 (Urologi, Kirurgi, Gynekologi, AnOpIVA)

Sjukhus: SkaS

Nuläge:

Nuvarande vård/diagnostik och struktur med befintlig utrustning:

I nuläget opereras våra patienter med öppen teknik vid radikal prostatektomi. Vid rektalcancer opererar våra kirurger med sedvanlig laparoskopisk teknik. Ofta används en röststyrt mekaniserad optikhållare (Aesop), till denna finns inga reservdelar att få tag i och den måste snart ersättas.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom VGR

2 (7)

Formulär version 2019-02-06

Kapacitet med antal patienter/undersökningar/behandlingar per år:

Ca 85 prostatektomier per år och ca 45 rektumoperationer per år.

Gyn: 100 Hysterektomier per år varav 40 för corpuscancer som lämpar sig för laparoskopiassesterad metod. Därtill kommer ett mindre antal men mer svåra laparoskopiska operationer vid endometrios.

Nuvarande sjukhusstruktur som påverkas strukturellt av den ägarstyrda utrustningsinvesteringen (om aktuellt):

VGRs utredning avseende koncentrationsarbetet har kommit fram till att prostatektomier skall koncentreras till tre centra i regionen, däribland SkaS. Koncentration av prostatektomier i kombination med planerat införande av organiserad prostatacancertestning kommer att leda till ett ökat behov av operationsmöjlighet på SkaS. En operationsrobot kommer att vara en förutsättning för att fortsatt på sikt kunna ta emot patienterna utan alltför stor påverkan på organisationen i övrigt. Koncentration av rektalcancer till 4 centra beslutades 2015. Dessa är SU/Östra, NU, SKAS Skövde och Borås.

Faktisk väntetid:

Införande av den nya operationstekniken kommer på sikt inte att påverka väntetiden för operation av prostatacancer och rektalcancer.

Viktigaste kliniska effekter:

Högre kvalitet. Kortare operationstider. Lägre komplikationsrisk. Kortare vårdtider. Kortare sjukskrivningstider. Ökad kapacitet. Bättre arbetsmiljö/ergonomi. Kortare vårdtider postoperativt.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

3 (7)
Formulär version 2019-02-06

Motivering:

Sjukhusets/förvaltningens värdering och motivering av föreslagen investering:

Patientperspektivet: För patienter med prostatacancer:
Högre kvalitet. Kortare operationstider. Kortare vårdtider. Kortare sjukskrivningsperioder. Lägre komplikationsrisk. Färre komplikationer avseende postoperativ inkontinens och erektionssvikt. Bättre tillgänglighet med operationstekniken tillgänglig på nära håll så att patienten slipper att förflytta sig till Göteborg för operation.

För rektalcancer är en större studie där man jämför laparoskopisk och robotassisterad operation färdig, men inga resultat finns ännu.

Kvalitetsperspektivet: Lägre komplikationsrisk med kortare operationstider, exv blodproppar, neurologiska bortfallssymtom utgående från ryggen, lungatektaser. Färre komplikationer på lång sikt postoperativt på grund av förfinad operationsteknik, exv inkontinens och erektionssvikt.

Medarbetarperspektivet: Bättre ergonomi med färre arbetsskador som följd, exv ryggsmärtor och diskbräck. Lägre sjukskrivningstal hos operatör och assistent. Möjligheter att engagera fler medarbetare i verksamheten. Rekryteringsverktyg vilket är mycket viktigt för att få nya specialistläkare angelägna om att flytta till Skaraborg för arbete.

Sjukhusperspektivet: En operationsrobot sätter urologin, kirurgin och gynekologin i Skaraborg på kartan som en enhet som driver utvecklingen framåt.

Motivering i övrigt, se bifogad fil som behandlar koncentrationsarbetet i VGR.

Implikationer för teknik och kapacitet:

Indikationer för teknologin:

Minimalinvasiv kirurgi vid tumörsjukdom i prostata respektive ändtarmen.
Gyn: Hysterektomi med lymfkörtelutrymning vid corpuscancer. Adnexkirurgi vid Endometrios,

Var och vid vilka tillfällen ska den nya utrustningen användas?

SkaS operationsavdelning vid operationer av exempelvis prostatacancer, ändtarmscancer och vissa gynekologiska ingrepp.

Antal patienter per år, beskriv förväntad förändring gentemot nuläge av investering i ny utrustning:

I nuläget opereras cirka 85 patienter årligen med radikal prostatektomi. Ungefär 50 patienter opereras på grund av rektalcancer. VGR har genomfört ett långtgående arbete inom samtliga medicinska verksamhetsområden där man tagit fram plan för att omfördela behandlingsuppdrag för ett stort antal diagnoser. Operation vid prostatacancer är ett sådant. Vid genomförande enligt förslag till beslut skulle SkaS få ett utökat uppdrag till ca 200 prostatektomier årligen. En sådan ökning är endast genomförbar med ett förändrat arbetssätt inbegripande robotassisterad operation.

Vad tillför den nya utrustningen jämfört med nuvarande vårdpraxis?

I Skövde utförs idag 90 av alla rektalcancer med laparoskopisk teknik. I riket utförs 57 % (varav minst $\frac{3}{4}$ med robot). På andra robotcentra görs i princip alla operationer för rektalcancer med robot.

Gyn; Ca 45 ingrepp per år. Robotkirurgin ger fördelar med större frihetsgrader och åtkomst i lilla bäckenet vid laparoskopisk teknik. Minskar risk för skada på tarm, urinvägar, och kärl jämfört med vanlig laparoskopi.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

4 (7)

Formulär version 2019-02-06

I stället för att operatören är placerad vid patienten i operationssåret sker operationen med operatören placerad vid en konsol där avancerad teknik ger möjligheter till en förfinad operation under goda ergonomiska förhållanden.

När kan den nya teknologin börja användas?

Tekniken kan börja användas ca 3 månader efter beslut om införskaffning.

Vilka befintliga utrustningar/metoder kan ersättas eller kompletteras med den nya teknologin?

På operationsavdelningen används idag vid en del operationer en röststyrd optikhållande arm. Denna skulle delvis ersättas.

Finns andra konsekvenser och/eller risker med den nya teknologin?

Kostnaden per operation ökar pga ökad kostnad för engångsmaterial. I samband med införande av den nya tekniken och under upplärningsfasen kommer produktionen att minska under en period. Dock ser vi därefter en ökad operationskapacitet med möjlighet att operera 3 gånger fler operationer per dag jämfört med i dag. I övrigt är även learningcurve för denna nya operatortekniken kortare och nya operatörer kommer att kunna introduceras snabbare vilket innebär en minskad kostnad. Studier talar för kortare vårdtider och kortare sjukskrivningsperioder efter operationen. Personalmässigt finns en stor vinst så till vida att flera av våra operatörer hamnat i sjukskrivningsperioder på grund av dåliga ergonomiska förhållanden i samband med nuvarande operationsteknik. Utveckling av diskbråck och ryggproblem är inte ovanligt hos operatörer i dag vilket leder till en ökad kostnad. Med den nya tekniken kommer detta att förändras markant och sjukskrivningar pga av detta kommer att försvinna. Således en inte oväsentlig besparing. Sammantaget kommer införandet av den nya tekniken att på sikt minska de samhälleliga kostnaderna. Då ett flertal av instrumenten som används vid den nya tekniken kräver handdisk kommer en anpassning av sterilcentralen att behövas.

I vilken utsträckning kan befintlig utrustning ersättas:

☐ Helt ☐ Delvis; ange hur mycket 50% ☒ Inte alls 0 %

Används teknologin på andra sjukhus i VGR eller Sverige?

Ja. SU. I princip alla sjukhus i hela landet som behandlar patienter med behov av radikal prostatektomi.

Rekommenderas teknologin? Är den evidensprövad /validerad?

Ja. Vid nästan alla sjukhus som utför laparoskopisk rektalcancerkirurgi utförs den med robotteknik.

☐ SBU ☐ Socialstyrelsen ☒ Specialistföreningar ☒ Sektorsråd

Svensk Urologisk Förening Urologi
Svensk Kolorektalkirurgisk Förening
Sedan många år 2017-2018, se bilagor

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

5 (7)
Formulär version 2019-02-06

Implikationer för vårdstruktur:

Beskriv hur utrustningen förväntas påverka befintlig vårdstruktur:

Behov av ökad tillgänglighet avseende tillgång på operationsutrymme under uppstartsfasen.

Finns andra konsekvenser och/eller risker med förändrad vårdstruktur?

Det kommer att behövas personal som är specialutbildad och avsatt för verksamheten som bedrivs i en operationsrobot. Detta kräver operationssköterskor som till stor del ägnar sig åt denna verksamhet.

Etiska aspekter:

Etiska konsekvenser och/eller problem?

Att undanhålla patienterna ny operationsteknik som i andra delar av landet är en standardmetod innebär ett allvarligt etiskt dilemma. Vården blir otvetydigt ojämlik.

Nya teknologins värde för berörda patienter (styrkta effekter avseende patientnytta)?

Högre kvalitet. Kortare operationstider. Kortare vårdtider. Kortare sjukskrivningsperioder. Lägre komplikationsrisk. Färre komplikationer negativa patientupplevelser avseende postoperativ vårdtid, smärta, sjukskrivning, inkontinens och erektionssvikt. Bättre tillgänglighet med operationstekniken tillgänglig på nära håll så att patienten slipper att förflytta sig till Göteborg för operation.

Alternativa behandlingar :

Riskerar annan patientgrupp att trängas undan om investeringen genomförs?

Nej, inte på sikt. Beträffande rektalcancer görs en operation per sal och dag. Roboten kommer inte innebära att vi hinner fler operationer men heller inte tränga undan annan kirurgi. Koncentrationsarbetet i VGR syftar till att fördela patienterna jämnt över regionen. Patienterna skall få vård på en enhet som handlägger/opererar tillräckligt många patienter för att hålla en hög kvalitet. Koncentrationsarbetet har lett till beslut om att prostatektomier skall opereras på tre centra i regionen. Detta kommer att innebära ett ökat antal operationer på SkaS avseende prostatektomier, men samtidigt är det tänkt att andra patientgrupper skall fördelas till andra sjukhus. Målet med koncentrationsarbetet är att patienterna skall få den bästa vården samtidigt som fördelningen av patienterna i VGR är jämn. Under det initiala arbetet med omfördelning av patienterna finns det risk för en viss undanträngningseffekt, men på sikt är målet en jämn fördelning.
Gyn: Nej.

Medför den nya utrustningen konsekvenser för personalen, t.ex. krav på kompetensförsörjning?

Ja, tekniken kräver utbildning av läkare och operationssköterskor. VGR har ett samarbete där tanken är att man kommer att lära upp personal genom att enheter som redan använder sig av tekniken kommer att fungera som lärandecentra. Hur detta skall genomföras har diskuterats i sektorsrådet för urologi och personal från de olika enheterna kommer att rotera i regionen för utbildning inom robotkirurgin. Införande av robotteknik är avgörande för utvecklingen av den kirurgiska vården inom urologi, kirurgi och gynekologi. Inte bara patientgrupper, utan även läkare och sjuksköterskor efterfrågar ständigt ny teknologi som kan utveckla vården, som i sin tur gynnar patienten och ökar möjligheten till rekrytering av personal inom flera olika personalkategorier.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

6 (7)

Formulär version 2019-02-06

Påverkan på vårdprocessen inom andra verksamheter eller servicefunktioner inom sjukhuset eller på andra sjukhus i VGR?

Sterilcentralen kommer eventuellt att behöva ökade resurser i form av ökad bemanning för omhändertagande av instrument i direkt anslutning till operationsslut då instrument i större utsträckning än nu kommer att behöva direkt manuell hantering i form av exv handdisk.

Kräver den nya utrustningen någon form av fastighetsanpassning?

Ja, anpassning för sterilcentral. Utrustning i övrigt kan placeras i befintlig operationssal.

Ekonomiska konsekvenser:

Totalt investeringsbelopp i utrustning (och ev. fastighet om aktuellt) och förväntad utbetalningsplan per år.

Utrustning	2020	2021	2022	2023	2024
<i>Investering</i>	24 mnkr				
<i>Utbetalningsplan</i>					
Fastighet					
<i>Investering</i>					
<i>Utbetalningsplan</i>					

Driftskonsekvenser:

Redovisa beräknad kostnad/patient och år alternativt beräknad totalkostnad per år för den befintliga teknologin:

Den beräknade kostnaden för en öppen prostatektomi per operation ligger på ca 63tkr. I detta ingår anestesi, operationssal och vård på uppsvaksavdelning. Ingen beräknad kostnad för vårdtid på vårdavdelning.

Redovisa beräknad kostnad/patient och år alternativt beräknad totalkostnad per år för den nya teknologin?

Servicekostnad per år beräknas till knappt 2 miljoner. Leverantören kommer att under de två första åren som utrustningen nyttjas låta servicekostnaden för roboten samt fem år för simulatorn att ingå. Instrumentkostnad och engångsmaterial i samband med operation per patient och operation vid prostatektomi ca 10tkr.

Avskrivningskostnad/år med ny utrustning:

Den beräknade livslängden är 8-9 år.

Har hälsoekonomiska analyser gjorts för att beskriva eventuella hemtagningseffekter?

Minskade blodförluster samt minskat antal postoperativa blodtransfusioner anses vetenskapligt säkerställt. I en studie från Karolinska visas att sjukskrivningstider och vårdtider minskar. Antalet postoperativa komplikationer såsom impotens, smärta, blödningar, inkontinens och sårinfektioner minskar när öppen teknik byts till robotkirurgi.

Tillägg:

24mnkr täcker kostnad för komplett utrustning samt simulator och extra konsol för träning. Kostnad för anpassning av sterilcentral tillkommer med uppskattningsvis 100tkr.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

7 (7)

Formulär version 2019-02-06

Ansökningsblankett ägarstyrda investeringar i medicinteknisk utrustning för sjukhus inom VGR

Regionstyrelsen fastställde under 2018 ny [policy](#) och [riktlinje](#) för hantering av Västra Götalandsregionens investeringar. I riktlinjen fastställs att innebörden av *ägarstyrda investeringar* i investeringspolicyn för utrustning ska vara nyinvesteringar som uppfyller något av följande kriterier:

1. Utökad verksamhet/kapacitet och/eller ökad kvalitet i verksamheten som medför en varaktig ökning av verksamhetens driftkostnader.
2. Införande av ny teknik/nya metoder i verksamheten.
3. Strukturell förändring för verksamhetsområdet i sin helhet genom
 - a. påverkan på produktion/tillgänglighet
 - b. påverkan på kompetensförsörjning, eller
 - c. geografisk omplacering eller koncentration av verksamhet.

Typ av utrustning:

Beteckning på avsedd/föreslagen utrustning:

Endoskopiskt ultraljud (EUS)

Kategori enligt de tre kriterierna ovan (uppfyller en eller flera kriterier?):

Aspekter av samtliga 3 olika kriterier. 1. Utökad verksamhet, 2. Införande av nya metoder i verksamheten och 3 a-c.

Förslagsställare:

Sjukhuschef/förvaltningschef: Jörgen Thorn

Sjukhusets kontaktperson: Magnus Olsson

Verksamhet: Kirurgi och urologi

Sjukhus: Skaraborgs sjukhus

Nuläge:

Nuvarande vård/diagnostik och struktur med befintlig utrustning:

Resursen, endoskopiskt ultraljud (EUS), är i nuläget geografiskt centrerad till SU och SÄS. Tekniken användas till bild och vävnadsdiagnostik inom ffa övre magtarmkanalen med fokus på bukspottskörtel, lever och gallgångar men även till utredning av ytliga tumörer i magsäck och tarm. I en del fall även till internt dränage av infekterade vätskeansamlingar i anslutning till magsäck och tolvfingertarm. I nuläget ska samtliga patienter med indikation för dessa utredningar och interventioner remitteras till SU eller SÄS.

Kapacitet med antal patienter/undersökningar/behandlingar per år:

Oklart vilken kapacitet som SU och SÄS besitter men oftast är väntetiderna till undersökning långa och kontaktvägarna inte alltid klara. Det geografiska avståndet till mottagande enheter är långt som leder till att informationsutbytet mellan förvaltningarna blir lidande. Leder till att det är en hög tröskel till att remittera patienter både från patientsida och ur vårdens perspektiv. I nuläget är det ett antal patienter som inte vill eller kan ta sig hela vägen, ffa i akutsleden.

Nuvarande sjukhusstruktur som påverkas strukturellt av den ägarstyrda utrustningsinvesteringen (om aktuellt):

Fler patienter inom SKAS upptagningsområde skulle kunna ha enklare att komma i fråga för undersökning och behandling med denna teknik om den fanns mer lättillgänglig. Då tekniken är på stark frammarsch (se nedan) och behovet troligen kommer öka kraftigt inom närmsta åren är det angeläget att inte låsa in sig i en situation där tekniken blir beroende av enstaka individer/verksamheter. Sedan är bemanningssituation och bredden på avancerad endoskopisk

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

2 (6)

Formulär version 2019-02-06

kompetens med 4 självgående ERCPister en garant för kontinuerlig bemanning av verksamheten. Tillgången till EUS behöver spridas på fler utbudspunkter inom regionen och då startsträckan är lång behöver frågan adresseras.

Faktisk väntetid:

Då det i nuläget enbart remitteras särskilt utvalda fall är kösituationen svåröverblickbar, då flödet från SKAS är litet. Vid akut behov av EUS-ledda ingrepp är kön helt slumpmässig beroende på om rätt person finns i tjänst. I cancersammanhang något bättre tillgänglighet men för benigna frågeställningar där tekniken kan vara överlägsen ex.vis magnetrontgen är tillgängligheten mycket låg.

Viktigaste kliniska effekter:

Den omedelbara nyttan är ökad regional kapacitet samt mindre sårbart resurs om fler förvaltningar/personer är involverade inom EUS. Med bättre tillgänglighet skulle resursen utnyttjas betydligt mer än i nuläget och då leda till säkrare diagnostik/terapi i de fall EUS ersätter ERCP. På sikt finns stor nytta då EUS kan komma ersätta tekniker som idag utförs kirurgiskt och där det kan finnas besparingar både i lidande och ekonomi.

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

3 (6)

Formulär version 2019-02-06

Motivering:

Sjukhusets/förvaltningens värdering och motivering av föreslagen investering:

Endoskopiskt Ultraljud (EUS) är en teknik som är etablerad sedan många år men där de senaste årens utveckling både vad gäller instrument men framförallt tillbehör har gjort att indikationer och användningsområden inom minimalinvasiva ingrepp och diagnostik formligen exploderat. Utanför Sverige är EUS en viktig del av vardagssjukvården och Sverige ligger långt efter och behöver komma ikapp. Vi ser nu att flera sjukhus runt om i Sverige i SKAS storlek har eller kommer att införskaffa EUS. EUS finns idag endast på två Sjukhus i VGR (SU och SÅS) och med de ökande användningsområdena behöver både tillgängligheten och kompetensen i regionen breddas. Vi ser att det är av vikt att även SKAS får denna teknik så att Skaraborg inte hamnar i en ojämlig situation gentemot resten av VGR vad gäller tillgången till de senaste behandlings/utredningsmetoderna. Ska man klara ledtider för cancerutredningar i samband med ökat behov blir det svårt utan att resursen finns på samtliga länssjukhus. Då startsträckan är tämligen lång är det angeläget med en investering i närtid

Implikationer för teknik och kapacitet:

Indikationer för teknologin:

Se nedan

Var och vid vilka tillfällen ska den nya utrustningen användas?

EUS används i nuläget för nedanstående:

Vävnadsdiagnostik av tumörer i hela magtarmkanalen, från matstruben till ändtarmen men vanligast inom övre magtarmkanalen, med möjlighet till direktpunktion för vävnadsdiagnostik. Preoperativ cytostatikabehandling kommer att öka för flera olika cancergrupper (pankreas, gallgång) och därmed finns ökande behov av biopsier som inte bör ske via huden. Här skickas samtliga i nuläget till SU (ca 20 talet per år men kommer inom bara några år troligen öka till mellan 50-100) Dessa fall ska även hanteras i enlighet med Standardiserade Vårdförlopp vad gäller utredningstider och tillgänglighet. Diagnostik av oklara cystor i bukspottskörteln samt dränering av godartade sådana. (Skickas till SU eller SÅS) 20 per år.

Bedömning av submucösa förändringar i övre magtarmkanalen (skickas till SU) 5-10 per år

Diagnostik av misstänkt gallsten i djupa gallvägarna. (görs i nuläget MR eller ERCP men är ett osäkrare resp farligare sätt att hantera det). Borde göras oftare (ca 20-40 per år)

Internt dränering av varansamlingar kring bukspottskörteln i samband med akut pankreatit eller annan akut bukinfektion

Kommande och ökande tekniker för EUS, som kan ersätta operationer,

Endoskopisk punktion av gallgångar och bukspottskörtelsgång för behandling och dränering, som alternativ till eller ersättning för Percutana tekniker (PTD) eller ERCP.

Internt dränering av gallblåsan hos svårt sjuka patienter, istället för externt dränering.

Direktinjektion av antitumorala agens i tumörer.

Smärtblockader av intraabdominella nervplexus hos smärtpatienter

Tillskapa tarmanastomoser hos svåropererade patienter

Direktpunktion av blodkärl i närheten av magsäcken för terapi av blödningar

Antal patienter per år, beskriv förväntad förändring gentemot nuläge av investering i ny utrustning

Idag så transporteras ca 40 patienter årligen till SU och SÅS men behovet av behandling och utredning med EUS kommer att öka kraftigt. Om SKAS inför EUS så minskas dels belastningen på SU och SÅS men framförallt behovet av patienttransporter samtidigt som den regionala kapaciteten ökar. Initialt bedömer vi att 50-75 patienter per år blir aktuella för EUS men kommer att utökas till 100-150 inom en snar framtid. EUS är finns allt oftare med som en del i terapiarsenalen i samband med minimalinvasiva ingrepp i gallvägar och bukspottskörtel.

Vad tillför den nya utrustningen jämfört med nuvarande vårdpraxis?

Ökad regional kapacitet för EUS. Ökad tillgänglighet i detta sammanhang för geografiskt eftersatt patientgrupp i regionen. Att man kan i en del sammanhang ersätta ERCP med EUS vid de tillfällen som

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

4 (6)

Formulär version 2019-02-06

det är en säkrare teknik. Att i tveksamma fall bedöma patienten med EUS innan ERCP för att undvika onödiga interventioner.

När kan den nya teknologin börja användas?

Succesivt under 2020

Vilka befintliga utrustningar/metoder kan ersättas eller kompletteras med den nya teknologin?

Befintlig endoskopistapel som kompletteras med Ultraljudsprocessor, Ultraljudskabel och Ultraljudsendoskop för att få tillgång till tekniker. Befintlig endoskopistapel kan således användas till vanlig endoskopi då EUS inte används. Ultraljudsprocessorn kan även användas till andra ultraljudstillbehör i samband med endoskopiska interventioner (miniprober osv.)

Finns andra konsekvenser och/eller risker med den nya teknologin?

EUS är som bilddiagnostiskt instrument behäftat med små risker. Vissa risker i samband med punktioner. Det kan i en del fall ersätta ERCP som är betydligt mer riskfyllt.

I vilken utsträckning kan befintlig utrustning ersättas:

☐ Helt ☒ Delvis; ange hur mycket 50% ☐ Inte alls 0
Endoskopistapeln kan fortsatt utnyttjas

Används teknologin på andra sjukhus i VGR eller Sverige?

Används idag på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och på Södra Älvsborgs sjukhus i VGR men finns på flera av de större sjukhus i landet dit även SKAS hör. Vad jag vet används det i Örebro, Västerås, Eksjö, Växjö, Linköping, Lund, Malmö, Karolinska Huddinge, Karolinska Solna, Danderyd, Uppsala, Umeå, Södersjukhuset.

Diskussion kring denna investeringsansökan har även förts med koncentrationsgruppen inom VGR eftersom det inom de medicinska verksamheterna föreslagits att denna typ av avancerad endoskopi skulle lämpa sig för koncentration inom VGR. Annan åsikt i frågan föreligger inom kirurgin.

Rekommenderas teknologin? Är den evidensprövad /validerad?

Absolut. Finns vid en sökning på PubMed över 20000 publikationer gällande "Endoscopic Ultrasound" och sedan flera decennier. Introduktionen av tekniken är eftersatt i Sverige jämfört med resterande Europa.

☒ SBU ☐ Socialstyrelsen ☒ Specialistföreningar ☐ Sektorsråd

2007-06-01
Metodrådets
rapport

Vilken?
European
Society of
Gastrointestinal
Endoscopy

När? Senaste 2017

Vilket?

När?

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

5 (6)

Formulär version 2019-02-06

Implikationer för vårdstruktur:

Beskriv hur utrustningen förväntas påverka befintlig vårdstruktur:

Bättre tillgänglighet för patienter i SKAS upptagningsområde. Mindre sårbart för regionen med fler utbudspunkter.

Finns andra konsekvenser och/eller risker med förändrad vårdstruktur?

Det mesta tyder på att behovet kommer att öka och att den regionala resurs som nu finns kommer att ansträngas mer. Att utöka kapaciteten enbart i det sydvästligaste hörnet av regionen kan missgynna jämlikhet och tillgänglighet för nordöstra delen av regionens invånare. Då tekniken är komplex kommer det förstås finnas behov av kunskapsöverföring mellan de olika utbudspunkterna samt att man, för att inte försämra kvaliteten, utverkar ett tätt samarbete gärna via videolänk etc.

Etiska aspekter:

Etiska konsekvenser och/eller problem?

EUS har många fördelar gentemot de tekniker som används idag så i längden är ur en etisk synpunkt inte rimlig att inte investera i denna teknik om den fortsatt är geografiskt snedfördelad i regionen. Idag transporteras patienter till Sahlgrenska universitetssjukhuset eller till Södra Älvsborgs sjukhus för att utföra bl.a. vävnadsdiagnostik av tumörer i magtarmkanalen och diagnostik av oklara cystor i bukspottskörteln. Förutom att slippa transportera patienter långa sträckor i ett för dem ofta kritiskt utredningsskede/behandlingsskede, så finns det behov av utökad kapacitet i regionen som helhet. EUS leder i flera fall till säkrare behandlingsmetoder jämfört med operationer, dräneringar via huden eller jämfört med ffa ERCP och är ju då att föredra och där nu utvecklingen bara har börjat.

Nya teknologins värde för berörda patienter (styrka effekter avseende patientnytta)?

Se ovan

Alternativa behandlingar :

Riskerar annan patientgrupp att trängas undan om investeringen genomförs?

Nej

Medför den nya utrustningen konsekvenser för personalen, t.ex. krav på kompetensförsörjning?

Tekniken kräver utbildning av både läkare och annan endoskopipersonal, både genom auskultation på andra sjukhus och assisterande läkare på plats på SkaS alternativt via videolänk. Vidare krävs utbildning av tekniker på plats hos leverantör. Man kan i sammanhanget att på SKAS finns en bra bemanning på läkarsidan gällande avancerad endoskopi med gynnsam åldersstruktur där det finns förutsättningar för långsiktig hållbarhet i bemanningen.

Påverkan på vårdprocessen inom andra verksamheter eller servicefunktioner inom sjukhuset eller på andra sjukhus i VGR?

Tekniken kan även utnyttjas inom lungmedicin för lymfkörtelsdiagnostik i mediastinum och om behov finnes kan endoskop för endobronchiellt ultraljud (ultraljud via luftstupen) utnyttja samma utrustning, endoskopistapel.

Kräver den nya utrustningen någon form av fastighetsanpassning?

Nej

Ekonomiska konsekvenser:

Totalt investeringsbelopp i utrustning (och ev. fastighet om aktuellt) och förväntad utbetalningsplan per år.

Utrustning	2020	2021	2022	2023	2024
Investering	1.600.000				
Utbetalningsplan	1.600.000				
Fastighet					
Investering					
Utbetalningsplan					

Driftkonsekvenser:

Redovisa beräknad kostnad/patient och år alternativt beräknad totalkostnad per år för den befintliga teknologin:

Ansökningsblankett ägarstyrd medicinteknisk utrustning för sjukhus inom
VGR

6 (6)

Formulär version 2019-02-06

Mycket svårt att beräkna då flertalet lokala ingrepp på SKAS som detta skulle kunna ersätta är inte standardiserat eller tydligt definierade. Övriga fall skickas till andra förvaltningar för EUS och då varierar kostnaden säkert beroende på vad som görs. Kostnaden för ERCP på SKAS är spridd på 4 olika verksamhetsområden (K2, M2, K1, K6)

Redovisa beräknad kostnad/patient och år alternativt beräknad totalkostnad per år för den nya teknologin?

Baserat på 60 patienter/år

Nålar för punktion: 165.000

Dränagestentar: 100.000-150000kr

Cytologiundersökning: 200000kr

Avskrivningskostnad/år med ny utrustning:

228.500kr

Har hälsoekonomiska analyser gjorts för att beskriva eventuella hemtagningseffekter?

Inte i VGR och inte mig veterligen i närtid men finns via Landstinget Östergötland från 2007.

https://plus.rjl.se/info_files/infosida40495/2007_06_Endoskopiskt_ultraljud.pdf

Tjänsteutlåtande

Datum 2019-04-05

Diarienummer SKAS 2019-00208

Skaraborgs Sjukhus

Handläggare: Cecilia Andersson

Telefon: 0730-49 11 17

E-post: cecilia.andersson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Uppdragsutbildning för specialistsjuksköterskor inom intensivvård och fortsatt uppdragsutbildning för specialistsjuksköterskor inom anestesi- och operationssjukvård

Förslag till beslut

1. Sjukhusdirektören ges i uppdrag att undersöka möjligheten till uppdragsutbildning för intensivvårdssjuksköterskor vid Högskolan i Skövde.
2. Sjukhusdirektören ges i uppdrag att förbereda fortsättning av pågående uppdragsutbildning för anestesi- och operationssjuksköterskor vid Högskolan i Skövde.
3. Överlämna ärendet till östra hälso- och sjukvårdsnämnden för beredning av ekonomisk ersättning för de kostnader som ligger utanför den finansiering som erhålls via VGR:s modell för utbildningstjänster

Sammanfattning av ärendet

Behovet av specialistsjuksköterskor inom intensivvård, anestesi - och operationssjukvård är mycket stort på Skaraborgs Sjukhus (SkaS). Rekrytering är mycket svårt inom Skaraborgs upptagningsområde, främst eftersom det inte finns möjlighet att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska i närområdet. En uppdragsutbildning med Högskolan i Skövde (HiS) har genomförts för läsåret 2019-2020 med 20 utbildningsplatser för anestesi- och operationssjukvård. Nedan följer en rapport om vad som är genomfört i samarbete mellan SkaS/FoU och HiS samt en bilaga som beskriver behovet av specialistsjuksköterskor vid SkaS.

Högskolan i Skövde har hittills inte haft möjlighet att erbjuda vidareutbildning inom intensivvård på grund av brist på akademisk kompetens. Eftersom behovet för SkaS är allra störst inom intensivvård bör frågan lyftas och diskuteras vidare mellan SkaS/FoU och HiS.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Intresset är stort bland sjuksköterskor som finns i Skaraborg att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska. Flertalet hör av sig till SkaS och undrar om utbildningen kommer att vara möjlig att söka även inför 2020. Precis som de flesta av de studenter som redan läser (se intervju på Fokus/VGR – Insidan), menar många sjuksköterskor som kontaktat SkaS, att ett avgörande skäl för att studera till denna

Datum 2019-04-05
Diarienummer SKAS 2019-00208

2 (3)

specialistsjuksköterskeexamen är att den finns tillgänglig på orten/i närområdet. Det råder stor optimism bland alla inblandade inom SkaS och HiS för att utbildningen ska få fortsätta och utökas med intensivvård. Med en bättre bemanning ser medarbetare en positiv utveckling att kunna bedriva vård enligt uppdrag med den intensivvård och operationskapacitet som SkaS behöver tillhandahålla för att klara sitt uppdrag.

Upplägget för pågående uppdragsutbildning inom anestesi och operationssjukvård har förlöpt problemfritt avseende kurs- och utbildningsplaner, dessa har utarbetats i samverkan mellan SkaS och HiS. Den vetenskapliga kompetensen på SkaS och HiS, godkänd av fakultetsnämnden, samt erfarenhet av att handleda och utbilda på SkaS har fungerat mycket väl, både teoretiskt och praktiskt. Eftersom arbetet med kursplaner och handledning är genomförd finns allt underlag för att fortsätta kommande läsår, från januari 2020, för anestesi- och operationssjuksköterskor. De skriftliga utvärderingarna visar att studenterna hitintills är nöjda med såväl upplägg som innehåll i de olika delkurserna. Detta inkluderar även de katedrala läkarföreläsningarna som genomförts på SkaS, Skövde. Samtliga läkare är anställda inom SkaS.

Behovet av att rekrytera specialist-sjuksköterskor är mycket stort, prognos och omställning se bilaga 1.

VGR har finansierat det första läsårets kostnader med 2,5 mkr för avtalad uppdragsutbildning med HiS. Medel för detta har tillförts sjukhuset 2019 via personalutskottet. Vid en fortsättning kommande läsår bör kostnaden kunna reduceras eftersom kursplaner och förberedelser är genomförda. Övriga kostnader är bemanning för lärarledda föreläsningar och kursadministration.

Den stora kostnaden ligger dock på det antal personer som läser vidareutbildning med bibehållen lön. Innevarande år erhåller SkaS 13 finansierade utbildningstjänster från VGR. Under vårterminen 2019 finns det pågående utbildning inom AN/OP/IVA för 30 personer. 10 personer via reguljär utbildningsanordnare som startade höstterminen 2018 och 20 personer som nu går pågående uppdragsutbildning. Det pågår även specialistutbildningar för sjuksköterskor inom andra områden exempelvis psykiatri, barnmorskor och radiologi.

Då sjukhuset befinner sig i stark ekonomisk obalans finns det inte längre möjlighet att specialistutbilda sjuksköterskor i denna omfattning utan att finansiering säkerställs. Inom dessa yrkeskategorier kan inte verksamheten bedrivas utan denna specialistkompetens.

Kostnader

Medför beslutet förändrade kostnader?

- ☐ Nej
☒ Ja

Finansiering

Se ovan.

Risk- och konsekvensanalys

- ☐ Ja
☒ Nej

Datum 2019-04-05
Diarienummer SKAS 2019-00208

3 (3)

Beslutsfattare

☒ Styrelsebeslut

Genomförande av beslut

Beredning

☒ MBL Datum: 2019-03-27
Ansvar: Jane Johansson

☒ Sjukhusledning Datum: 2019-03-26
Ansvar: Jane Johansson

☒ Verksamhetsråd Datum: 2019-04-02
Ansvar: Cecilia Andersson

☒ SkaS presidium Datum: 2019-04-10
Ansvar: Jane Johansson

Kommunikation

Ärendet kommuniceras genom

- ☐ Fokus SkaS – intranät
- ☐ VGR – övriga VGR
- ☒ I linjen
- ☐ Förvaltningskontorets nyhetsbrev
- ☒ APT-info
- ☐ Media
- ☒ Expediering av beslut
- ☐ Annat, ange:

Kommunikationsplan

- ☐ Ja
- ☒ Nej

SKARABORGS SJUKHUS

Jörgen Thorn
sjukhusdirektör

Cecilia Andersson
verksamhetschef, K6

Bilaga

- Beslutsunderlag uppdragsutbildning specialistsjuksköterskor
- Totalbild utbildningstjänster specialistsjuksköterskor 2019

Skickas till

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
hsn.ostra@vgregion.se
- Sjukhusdirektör Jörgen Thorn

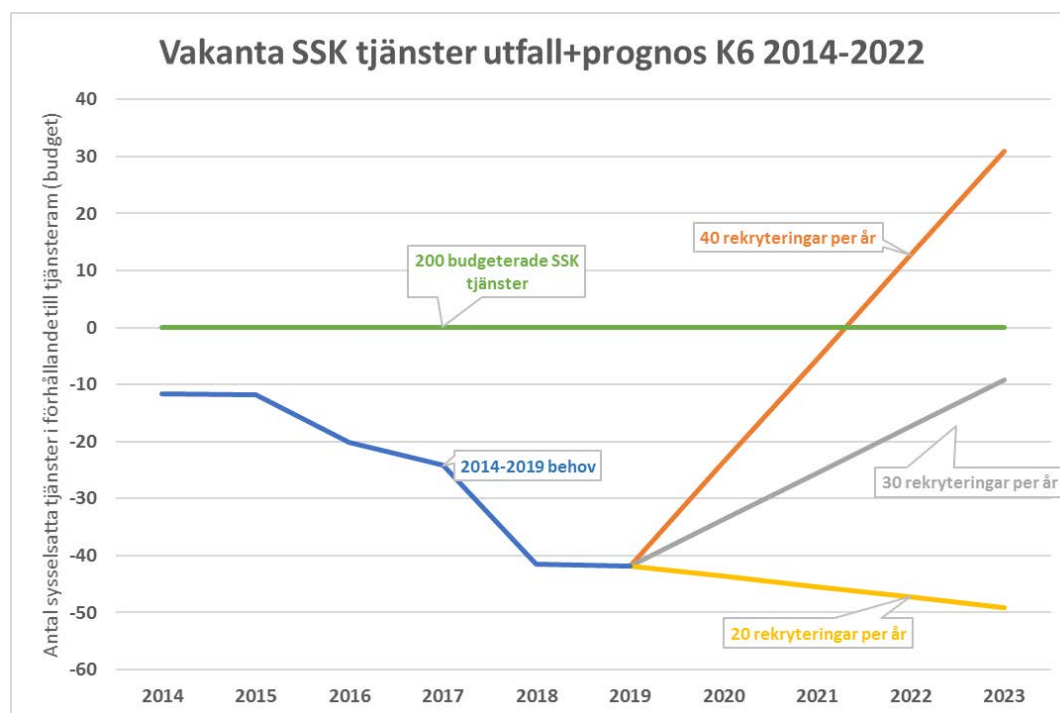
Beslutsunderlag uppdragsutbildning specialistsjuksköterskor

Behov av specialistsjuksköterskor K6 2019 - 2023

Behovet av specialistsjuksköterskor inom K6 är mycket stort. I början av 2019 saknas cirka 40 specialistsjuksköterskor, inklusive 6,5 tjänster för att klara det utökade ledplastikuppdraget. Till sommaren 2019 blir 9 sjuksköterskor färdigutbildade vid sina specialistutbildningar. I januari 2020 beräknas ytterligare 21 specialistsjuksköterskor bli klara. Då har 30 sjuksköterskor blivit färdigutbildade under en period av 1,5 år, vilket knappt är en nödvändig rekryteringstakt för att inte bemanningsvolymen ska minska ytterligare. När en nyutbildad specialist går i tjänst kan hen inte direkt ersätta en erfaren specialistsjuksköterska. Introduktionstiden varierar beroende på specialistsjuksköterska men för att kunna ersätta en specialistsjuksköterska behöver man räkna med en längre tids upplärning.

De kommande åren ser personalomsättningen ut att pågå i hög takt fram till och med 2021 (se diagram 1). Behovet är att anställa cirka 130 specialistsjuksköterskor under perioden 2019-2023. För att inte bemanningsläget ska försämrats behöver cirka 22 specialistsjuksköterskor¹ rekryteras årligen (se diagram 1 nedan).

Ett trettiotal sjuksköterskor per år är en önskvärd rekryteringsvolym som verksamheten kan klara att ta emot och som behövs för att, på en femårsperiod, komma upp i den bemanningsvolym som verksamheten haft tidigare.



¹ Avgångar 22 per år baseras på en personalomsättning på 10% av 220 anställda. Om antalet anställda ökar och omsättningen fortfarande är 10% så ökar behovet av nyanställningar per år.

Vakanta tjänster per specialistsjuksköterska

Behovet är stort inom samtliga tre specialiteter. Största behovet av specialistsjuksköterskor finns inom intensivvården. Rekryteringsläget på anestesi- och operationssidan är bättre på kort sikt med anledning av pågående uppdragsutbildning vid Högskolan i Skövde som startades 2019 med 10 anestesi- och 10 operationssjuksköterskeplatser.

Målet, om uppdragsutbildningen kan fortsätta med en ny årskull 2020 och att även 10 platser för IVA-utbildning kan läggas till, är att fylla samtliga 30 platser. Det är en volym som verksamheten kan klara av att ta emot och lära upp. Att ha en utbildning i Skövde gör den mer attraktiv för sjuksköterskor i närområdet. Om inte någon uppdragsutbildning skulle finnas är en grov bedömning att cirka 10 sjuksköterskor per år kan rekryteras till K6 för att gå specialistutbildning på andra lärosäten i VGR och i landet, vilket är betydligt färre än om det finns en uppdragsutbildning i Skövde. Dock är det mycket svårt att göra en prognos för möjliga rekryteringar.

Konsekvenser vid brist av specialistsjuksköterskor

Bristen på intensivvårdssjuksköterskor påverkar tillgången till intensivvårdsplatser vid SkaS Skövde respektive SkaS Lidköping. En minskning av tillgänglig intensivvård är allvarlig i ett patientsäkerhetsperspektiv både inom SkaS och regionalt. Nuvarande brist ersätts av hög övertidsbemanning för befintlig personal samt av bemanningssjuksköterskor.

Bristen på anestesi- och operationssjuksköterskor påverkar operationsproduktionen och behovet av köpt vård från externa vårdgivare. Under 2018 genomfördes cirka 15 000 operationer (exklusive ögonoperationer) vilket är en minskning med 634 operationer (minskning med 4,1 procent) jämfört med 2017. Minskningen står framförallt elektiva slutenvårdsoperationer för och beror i huvudsak på bemanningsbrist inom anestesi och operation.

SkaS har i vårdöverenskommelsen (VÖK) fastställda basvolymen och tilläggsuppdrag för elektiva operationer. Om basvolymen inte produceras erhåller SkaS inte bruten takersättning om 35 miljoner kronor (2019) och verksamheten får betala köpt vård för ej utförda operationer upp till basvolym. Det totala operationsbehovet är högre än fastställda basvolymen och verksamheter som producerar över basvolym har möjlighet att erhålla extra ersättning. Uppskattningsvis köptes under 2018 1 800 operationer av privata vårdgivare (exklusive ögonoperationer). Om dessa operationer hade utförts på SkaS i stället för att köpas hade verksamheter kunnat erhålla ersättning för tilläggsuppdrag och dessutom inte behövt betala för köpt vård.

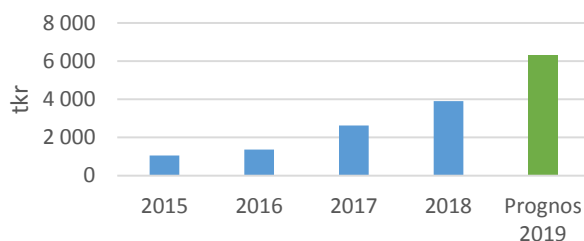
I arbetet med produktions- och kapacitetsplanering har en uppskattning av behovet av operationsutrymme för respektive klinik tagits fram. I den framkommer att den nuvarande kapaciteten (ingående 2019) är cirka 18 bemannade operationssalar². För att täcka verksamhetens reella operationsbehov skulle det krävas ytterligare 5-6 salar bemannade operationssalar, vilket kraftigt skulle reducera behovet av köpt vård³.

² Dagtid 8 timmar, under vardagar

³ I bedömningen ska den köpta vården helt kunna utebli med vissa undantag. Exempelvis krävs rätt läkarkompetens för att utföra ryggoperationer, en bristkompetens som inte finns på SkaS för tillfället.

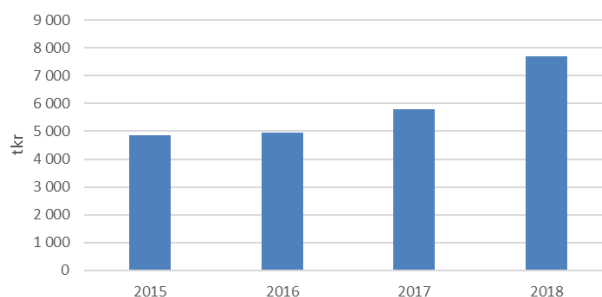
Den rådande bristen på personal medför extra kostnader för K6. Fler undersköterskor anställs för att underlätta för verksamheten på olika sätt. Bemanningsföretag anlitas sedan några år tillbaka för att undvika att stänga ytterligare operationssalar i Skövde. På IVA Lidköping anlitas sedan hösten 2018 även bemanningsföretag för att vi ska kunna hålla befintliga IVA- och postoperativa platser öppna. Diagrammet till höger visar en stadig ökning av kostnad för bemanningsföretagen.

**K6 Kostnad bemanningsföretag
2015-2019**



Även övertidskostnaderna har ökat (tabell till höger) och flera enheter signalerar att personalen belastas hårt, vilket är en arbetsmiljörisk. Vid försämrad arbetsmiljö ökar risken för en högre personalomsättning vilket ökar risken för fler vakanta tjänster. Fler vakanta tjänster innebär en reducerad operationsverksamhet.

**Kostnader övertid och mertid (inkl soc avg) K6
2015-2018**

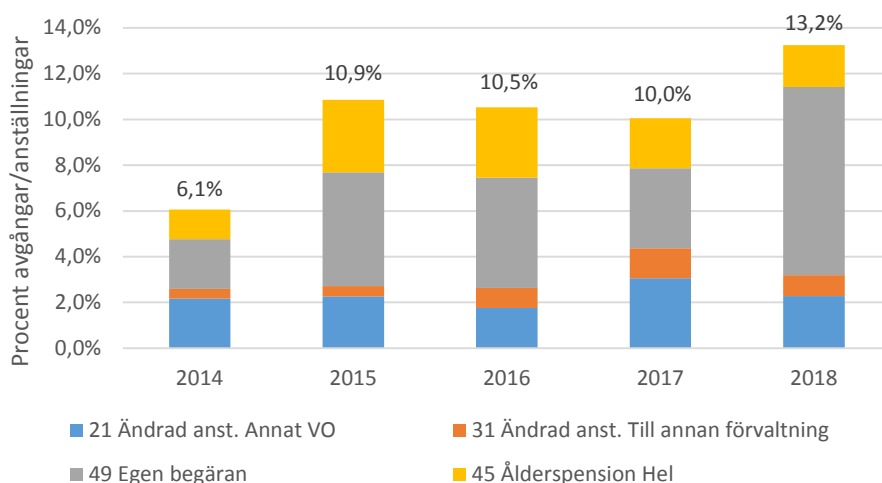


Sammanfattning

Totalt behöver cirka 130 specialistsjuksköterskor anställas till och med 2023.

K6 arbetar med förändrade arbetstidsmodeller för att attrahera och behålla personal. Att behöva vidareutbilda alla 130 nyrekryterade kommer att bli dyrt, därför är vidare satsningar på att attrahera redan utbildad personal samt satsningar på att behålla befintliga medarbetare av stor vikt. Det arbetet sker fortsatt parallellt med utbildningsaktiviteter.

Personalomsättning K6 2014-2018 SSK





Personalomsättningen har ökat från cirka 10 till drygt 13% 2019. Lönekostnaden vid utbildningstjänster, som verksamheten finansierar till 100%, kostar cirka 400 tkr per studerande⁴. För alla 130 tjänster skulle denna kostnad uppgå till cirka 52 miljoner kr (drygt 10 mnkr per år) för 5 år framåt. Det finns även andra kostnader som är relaterade till ny personal, exempelvis kostnaden för att bedriva utbildningen eller verksamhetens kostnad när en person slutar. Enligt en personalomsättningsanalys gjord i VGR 2017 så är exempelvis den genomsnittliga kostnaden när en specialistsjuksköterska slutar 253 tkr. Analysen exkluderar en del kostnader (exempelvis lön under utbildning) men innefattar bland annat kostnader under glapptid⁵ och upplärning/introduktion.

⁴ Genomsnittlig lönekostnad för de 20 utbildningstjänster som startade jan 2019, 2018 års löner * 10 månader är cirka 405 tkr.

- ⁵ Glapptid är tid från det att den anställda slutar till dess det att en ersättare påbörjar sin anställning. Medför vanligtvis kostnad för tillfällig bemanningslösning, exempelvis övertid eller anlitat bemanningsföretag.

Totalbild utbildningstjänster specialistsjuksköterskor 2019 (tkr)		
Lönekostnad 9 tjänster 6 månader (jan-juni)	-2 140	9 utbildningstjänster start sept 2018.
Kostnad uppdagsutbildning 20 utbildningsplatser	-2 500	HIS fakturerar SkaS.
Lönekostnad 20 utbildningstjänster (HIS) 10 månader	-8 200	Start jan 2019, helår och heltidsstudier.
Lönekostnader 12 utbildningstjänster 4 månader (sept-dec)	-1 900	Start hösten 2019, prognos. Inväntar beslut.
Lönekostnad koordinatörer	-750	En heltidstjänst.
Kostnad undervisning	-450	SkaS bidrar med egna resurser/bemannning för undervisning. Kostnaden skulle minska betydligt på grund av att det skulle krävas mindre förberedelsestid om programmet upprepas
Finansiering VGR	1 840	6,5 tjänster jan-maj 2019
Finansiering VGR	2 150	5 tjänster finansieras av VGR. 4 går uppdagsutbildning HIS. 1 specialistutbildning IVA-SSK.
Finansiering från Personalutskottet	2 500	
Finansiering internt SkaS		SkaS finansierar mellanskillnaden som saknas dvs 9 mnkr
Ofinansierat	-9 450	

Tjänsteutlåtande

Datum 2019-04-17

Diarienummer SKAS 2019-00055

Västra Götalandsregionen**Skaraborgs sjukhus**

Handläggare: Petter Hjalmarsson

Telefon: 070-082 57 29

E-post: petter.hjalmarsson@vgregion.se

Till styrelsen för Skaraborgs sjukhus

Anmälan av delegeringsbeslut 26 april 2019**Förslag till beslut**

1. Styrelsen för Skaraborgs sjukhus lägger redovisningen av anmälda delegeringsbeslut till handlingarna.

Sammanfattning av ärendet**Anmälan av delegeringsbeslut**

SKAS 2019-00011-5	Disciplinpåföljd varning
SKAS 2019-00112-3	Anställningar mars 2019
SKAS 2019-00227-1	Förändringar i attestantförteckningen jan-mar

Skaraborgs Sjukhus

Jörgen Thorn
Sjukhusdirektör

Besluten skickas till

- -

Från: Jan Eriksson
Skickat: den 15 mars 2019 13:22
Till: HSN Göteborg FB; Habiliteringochhälsa; HSS FB; KS/FSS Styrelsen FB; HSN Norra FB; NU Nusjukv kansli; PV Närhälsan; Regionstyrelsen; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Skaraborgs Sjukhus FB; PV Närhälsan; HSN Södra FB; Säs; HSN Västra FB; HSN Östra FB; Regionstyrelsen; Ann-Sofi Lodin; Ann Söderström; Erik Lagersten; Jörgen Thorn; Ann-Marie Schaffrath; Joakim Björck; Ann-Marie Wennberg Larkö; Martin Rösman; Madeleine Andersson; Magnus Karlsson; Mikael Forslund; Björn Järbur; Marina Olsson; Ulf Lindberg; Ann-Charlotte Sundelin; Eva Arrdal; Sjukhusen väster styrelsen FB; Erik Lagersten; Anders Östlund; Catarina Karlberg; Jan Eriksson; Leif Eriksson; Levi Siljemyr; Louisa Hughes; Magnus Korterød Sandberg; Per Cronberg; Peter Almgren; Regina Andersson; Sofia Hedenlund; Tobias Nilsson
Ämne: Lägesrapport omställningen
Bifogade filer: Lägesrapport Omställningen mars-19.pptx
Prioritet: Hög

Till

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnder
Utförarstyrelser
Koncernledning hälso- och sjukvård
Programkontoret omställningen

Här kommer årets första lägesrapport från omställningen. Syftet med rapporten är att skapa ökad kännedom och kunskap om vad som händer i arbetet. Lägesrapporten kan användas för att kommunicera kring omställningen med berörda målgrupper. Talarstolpar finns i anteckningsfälten. Lägesrapporten ges ut från programkontoret 3-4 gånger per år. För mer information, besök gärna <https://www.vgregion.se/varskiftet>, där det finns samlad information om både omställningen och FVM

Med vänlig hälsning
Jan Eriksson

Programchef
Programkontoret omställningen
Koncernstab hälso-och sjukvård
Västra Götalandsregionen
Telefon: 070-514 63 40
E-post: jan.eriksson@vgregion.se

Omställningen av hälso- och sjukvården - lägesrapport

Mars 2019



Genomförandeplaner för omställningen

- Berörda förvaltningar arbetar med att ta fram genomförandeplaner för omställningen, som presenteras för koncernledningen hälso- och sjukvårds 16-17 maj
- I planen ska förvaltningarna beskriva vilka aktiviteter inom omställningens områden de planerar genomföra under 2019 och 2020 samt hur de avser följa upp dessa och vilka effekter de får



Nära vård



Nära vård

■ Projektet Mobil närvård

- Slutrapporteras i mars
- Innehåller förslag om hur man kan göra den mobila närvårdssatsningen uthållig över tid

■ Gränslös vård Angered

- Förstudie pågår och ska vara klar i början av april
- Förslag på projekt för utveckling av mobil närvård i Angered tas fram



Nära vård

- Kartläggningen av tillgången till palliativ vård har genomförts
 - Visar på behov av åtgärder för att uppnå en jämlik och god palliativ vård
 - Förslag till handlingsplan ska fram
- Koncept för ökad samordning för patienter med komplexa behov ska testas i piloter under 2019
 - Benämns samordningsfunktion



Stöd till mobil närvård 2019

- Mobil närvård får fortsatt regionalt stöd för utveckling 2019 genom fortsatt
 - regional stödfunktion
 - finansiellt stöd till samordnare i delregional vårdssamverkan
 - regionala träffar för samordnare och nätverksträffar



Koncentration av vård för ökad kvalitet och tillgänglighet



Koncentration genomförd inom flera områden

■ 11 områden är klara eller avslutas inom kort

■ Inom några områden har koncentration skett utan att åtgärder har behövt genomföras

Urologi: cystectomi och Lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Ögon: Operation enligt Mohs teknik och glaukom

Barn: Behandling av barn med Cystisk Fibros och skopier på barn under 10 kg

Internmedicin: ESD och avancerad EMR, hepatologi vid sällsynta leversjukdomar, radiofrekvensablationer vid Barrets sjukdom och terapeutiskt endoskopiskt ultraljud

Hjärtsjukvård: Ablationer Några av de områden som ska koncentreras är klara. Inom vissa områden har koncentrationen skett utan att åtgärder behövt genomföras.

Planering framåt

- Arbetet att koncentrera vård pågår inom flera områden, vissa kommer att vara klara under 2019 och andra kommer att fortsätta sitt arbete under 2020
 - Risk- och konsekvensanalyser görs löpande under 2019 innan koncentration av flera områden, enligt en regional struktur
 - Hela tidplanen finns publicerad på Vårdskiftet – webbplatsen för omställningen och FVM – under [Koncentration](#)
- 

Närakuter i Skene och Lidköping

- Verksamhetsstart planeras under april 2019
 - Förbättra det akuta omhändertagandet av patienter
 - Fler patienter ska kunna få vård inom primärvården
 - Utökat uppdrag till jourcentralerna
 - Placeras vid sjukhusen och drivs i primärvårdens regi
 - Tillgång till bild och provtagning
 - Ska vid behov kunna utnyttja kompetensen vid akutsjukhuset



Uppdaterat läge för närakuterna vid Östra sjukhuset och Tanumshede

■ Närakut Östra sjukhuset

- Total vistelsetid har minskat på akutmottagningarna för barn och vuxna
- Överlag nöjda patienter och medarbetare
- Bättre samarbete mellan sjukhus och primärvård

■ Närakut/förstärkt jourmottagning Tanumshede

- Det görs en uppföljning av närakuten i Tanumshede i mars månad



Digitala vårdtjänster



Tjänster som breddinförs – möjliggör och bygger på ändrade arbetssätt

- Internetbaserat stöd och behandling
 - Plattformen för Internetbaserat stöd och behandling finns i det ordinarie vårdutbudet. Ca 15 stöd- och behandlingsprogram finns redan i VGR. Fortsatt införande av nya stöd- och behandlingsprogram pågår, t.ex. breddinförande av iKBT i primärvården.



Tjänster som breddinförs – forts.

■ Digitala vårdmöten

- Plattformen Visiba Care är upphandlad. Möjliggör säker kommunikation och datahantering. Används bland annat av Närhälsan i tjänsten Närhälsan Online. Breddinförande av plattformen inom många förvaltningar från och med 1 april.
- Piloten Hälsocoach online är en digital coachningstjänst för förändrade levnadsvanor som nyttjar plattformen Visiba Care. Successiv spridning sker för att bredda underlaget för effektbedömning. Beslut om eventuell övergång från projekt till ordinarie verksamhet fattas som del av beslut om budget 2020.

■ Monitorering

- IBD Home, en tjänst för patienter med inflammatorisk tarmsjukdom breddinförs inom berörda förvaltningar. Planering pågår för övergång till förvaltning av tjänsten.



Arbete som pågår

■ 1177 Vårdguiden per telefon

- Hänvisning till videomöten när invånare ringer 1177, påbörjat i samverkan med Skåne och Inera

■ Monitorering

- Projekt för generellt monitoreringskoncept har initierats, samordnas med FVM/Millennium
- Monitorering av patienter med KOL – forskningsstudie pågår
- Monitorering hjärtsvikt – mindre studie genomförd, slutrapport under framtagning

Arbete som pågår, forts.

■ Artificiell intelligens (AI)

- Införande av AI-råd i VGR planeras. Samordnas med utvecklingen av nationellt center för AI

■ Intelligent patienttriage

- Tjänsten Vårdexpressen har upphandlats i samverkan med Region Skåne. VGR har påbörjar sin process inklusive planering av projekt

■ Ineras målbild för första linjens vård och utveckling av 1177 Vårdguiden. Finansiering och projektledning i VGR



Arbete som pågår, forts.

- Digitaliseringsstrategi för hälso- och sjukvårdens interaktion med invånare och patient beslutad. Arbete med handlingsplan pågår
 - Mobil och interaktiv demomiljö för digitala vårdtjänster. Förstudie påbörjad.
 - Planering pågår för införande av tester (POC) mobil vård- och aktivitetsplanering.
 - Tid- och aktivitetsplan för samlad infrastruktur för att göra olika typer av digitala vårdtjänster möjliga
- 

Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

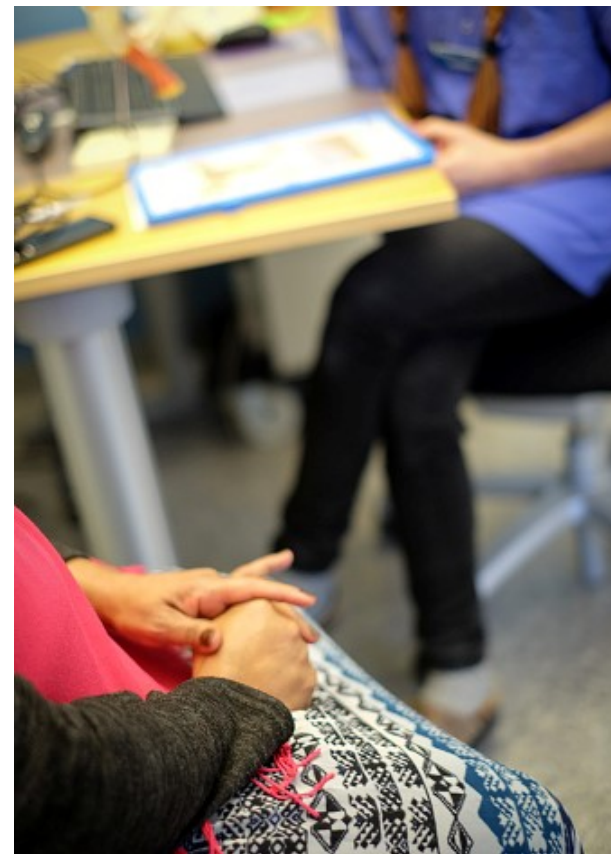


Regional kunskapsstyrning

- 21 Regionala programområden + Primärvårdsrådet på plats
 - Samtliga RPO-ordföranden utsedda
- Regional Samordningsgrupp för Kunskapsstyrning (RESAK)
 - Tre processteam har fastställts ingå i piloter för kroniska sjukdomar: KOL, hjärtsvikt och smärta
 - Planeras för uppstart av totalt 9 processteam inför sommaren
 - Möten för stöd till förvaltningar i uppstart av lokala processteam är under genomförande

Patienter som medskapare i omställningen

- 30 väntrumsintervjuer, Närakuten Östra
- Intervjuer patient: ablation
- Introduktionspaket för patient
 - Överenskommelse kring uppdraget, kontaktperson
 - Ersättning
 - Jävsdeklaration
 - Tystnadserinran
 - Utbildning
 - Utvärdering



Personcentrerat arbetssätt

- Antalet enheter ökar kontinuerligt - nu cirka 100
- Utvecklingsmodell finns och nya arbetssätt utvecklas
- Handlingsplan finns i nio av elva förvaltningar
- Flera workshops, seminarier, utbildningar, design och coachning
- Utbildning i att leda personcentrerat som chef i många ledningsgrupper
- Reviderade studiecirkelar för medarbetare och chef klart och testat
- PCA-coacher testas i NU-sjukvården – hittills 50 personer utbildade
- Patientforum, stort intresse – tio patienter med ersättning deltar aktivt



Data och analysstöd till Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling

- Analysteam är bildat som stöd till kunskapsorganisationen
 - Sjukhusrapport årligen med utpekade förbättringsområden per förvaltning.
 - Stöd från GRAL (informationsplattform) vid uppstarten av processteamerna för uppföljning av sitt diagnosområde
 - Anslutning av 89 procent av alla vårdcentraler och 56 procent av rehabenheter till Nationell primärvårdskvalitet. Används av enheterna för sin egen uppföljning
 - Arbete pågår med att etablera ett regionalt mellanlager för regional uppföljning av Nationell primärvårdskvalitet
- 

Barnuppdraget

Regional utvecklingsplan för hälso- och sjukvården för barn och unga



Barn och unga – ett femte område

■ Barn och unga – ett femte tvärgående område inom omställningen:

- En målgrupp och ett system med särskilda behov och förutsättningar
- Stora kunskapsluckor kring barn med komplexa behov
- Barn och unga samt nya överlevare med långvariga behov ökar
- FN:s barnkonvention blir lag 2020, barnperspektiven i omställningen är viktiga
- Omställningen innebär tidiga, hälsofrämjande insatser
 - ohälsa senare i livet grundas under uppväxten

■ Synergier och samarbete finns med övriga programområden och FVM



Aktuellt

- Kartläggning av barn och unga med komplexa behov klar:
 - Ca 20 procent av barn och unga (64 000 individer) har långvarig ohälsa med många kontakter med hälso- och sjukvård
 - Komplexitet ökar, samsjuklighet är vanligt
 - Barn och unga går in och ut i komplexa behov under uppväxten
 - Samma barn med närstående finns i både specialistvård och primärvård (samt kommunala verksamheter mest troligt)
 - Centrala problemområden är definierade och validerade
 - VGR har många styrkor och goda lösningar, dock endast lokala sådana
- 

Lärande piloter under 2019-2020

■ Testa och utvärdera lösningar i pilotform inom sju områden

- för barn med komplexa behov i regionala och kommunala verksamheter
- utifrån resultat och konklusioner i årsrapporten 2018

1. Rätt kompetens tillgänglig för konsultation
2. Uppföljning med kraft som kan förändra
3. Vi vill pröva koordinatörer
4. Kontinuerliga vårdflöden
5. Fysiska konsultationsmodeller
6. Stöd och tidiga insatser när det behövs
7. Barn och närståendes delaktighet – väntrummodellen

Övrigt arbete

- Arbetet fortsätter samtidigt med vidare kartläggning, barnrättsprövning, referensarbete med föräldrar och barn samt kommuner och omvärldsbevakning.
- På sikt är målet att involvera alla grupper av barn och unga i arbetet, något som får ske successivt.



Aktuella kommunikationsinsatser

Nya kanaler för att ge chefer, medarbetare och partners kunskap om omställningen och FVM

- www.vgregion.se/vardskiftet - ny webbplats som samlar information om omställningen och FVM lanserades 21 januari
 - närmare 4000 besökare första månaden
 - Om hur vi förändrar och utvecklar hälso- och sjukvården
 - Beskrivning av programområdena samt det utvecklingsarbete som pågår
 - 13 nyheter om omställningen och FVM första månaden
- Vårdpodden – samtal med nyckelpersoner om omställningen och FVM
 - Första avsnittet 1 mars, med [Jan Eriksson – så ska vi ställa om vården](#)
 - Nytt avsnitt varannan vecka på <https://vardpodden.podbean.com/>

Andra övergripande uppdrag

- Arbete som pågår
 - Filmer om omställningen med fokus på Nära vård och koncentration.
- Kommande
 - Uppdatering av kommunikationspaketet för omställningen: budskap, FAQ, basbildspel



Uppdrag per programområde

- Barnuppdraget – filmad powerpoint
- Digitala vårdtjänster
 - Planering av kommunikationskoncept i samband med förstudie av mobil och interaktiv demomiljö
 - Lansering av Mitt Vårdmöte (Visiba Care)
 - Lanseringen av Hälsocoach online
- Koncentration
 - Nyhet om de åtta sällanvårdsområden som är klara
 - Sätta kommunikationsmål och budskap kring traumasjukvården



Uppdrag per programområde

- **Kvalitetsdriven verksamhetsutveckling**
 - Arbete med budskap och konkretisering av uppdraget
 - Kommunikationsbedömning utbildningsplan
- **Nära vård**
 - Budskapsarbete kring modell för samordningsfunktion
 - Slututvärdering av mobil närvård



Från: Mari Nilsson
Skickat: den 29 mars 2019 14:32
Till: Skaraborgs Sjukhus FB; Rolf Ottosson; Stefan Bengtsson; Anders Östlund
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSNÖ 2019-03-22 - § 25 Uppföljning av tilläggsöverenskommelse 2018:3 mellan Östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om ersättning för vård
Bifogade filer: Protokollsutdrag från östra hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 22 mars 2019 - Uppföljning av tilläggsöverenskommelse 2018-3 mellan Ös....pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Koncernavdelning Ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Regionens Hus, Lockerudsvägen 12, 542 45 Mariestad
Västra Götalandsregionen

Telefon: 072-252 32 61

E-post: mari.e.nilsson@vgregion.se

Protokoll från östra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2019-03-22

§ 25

Uppföljning av tilläggsöverenskommelse 2018:3 mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om ersättning för vårdepisoder inom obesitas-, rygg- samt höft- och knäproteskirurgi

Diarienummer HSNÖ 2017-00145

Beslut

1. Östra hälso- och sjukvårdsnämnden noterar informationen.

Sammanfattning av ärendet

Regionfullmäktige har beslutat 2017-11-07, § 265 om införande av vårdepisodersättning inom områdena obesitaskirurgi, ryggkirurgi samt höft- och knäproteskirurgi. Vårdepisodersättning innebär att sjukhuset får ersättning för en paketlösning som inkluderar alla delar i en definierad vårdepisod.

Med anledning av detta beslut fick hälso- och sjukvårdsnämnderna och sjukhusstyrelserna för Alingsås lasarett, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skaraborgs Sjukhus och Södra Älvsborgs Sjukhus fått i uppdrag att teckna tilläggsöverenskommelser om ersättning för vårdepisoder 2018.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2019-03-12

Skickas till

För kännedom:

- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- Ida Wernered
- Rolf Ottosson,
- Stefan Bengtsson
- Anders Östlund

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Från: adv.inger.rb@telia.com
Skickat: den 3 april 2019 16:30
Till: Skaraborgs Sjukhus FB
Ämne: Ambulansfrågan; brev till Styrelsen för Skaraborgs sjukhus

Översänder härmed brev från arbetsgruppen för "Ambulans till Hjo." Tacksam för återkoppling.

Med vänlig hälsning
Inger Rönnbäck

Från: scanning@telia.com
Skickat: den 3 april 2019 16:18
Till: adv.inger.rb@telia.com
Bifogade filer: skanna.pdf

Denna punkt på agendan är sekretessbelagd

Från: Lisbeth Jinnestål Fernow
Skickat: den 17 mars 2019 18:01
Till: Skaraborgs Sjukhus FB; Annika Håkanson; Bille Karlsson; Bo Bergsten (KD); Celso Silva Goncalves; Elsy Lundberg Östrand; Ingvar Svensson; Johanna Johansson; Lena Olofsdotter Jenemark; Linnéa Hultmark; Magnus Gunnarsson; Marcus Källander; Marie Ekman; Pär Johnson; Susanne Larsson
Kopia: Maria Edström
Ämne: VB: Hur blir det med den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården i Skaraborg?

Vidarebefordras till styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och SkaS diariet för registrering.

Vänliga hälsningar

Lisbeth Jinnestål Fernow

Chefssekreterare
Skaraborgs Sjukhus
541 85 Skövde
tel 0500-43 11 36
070 22 99 729
e-post lisbeth.jinnestall_fernow@vgregion.se

Från: Maria Edström
Skickat: den 17 mars 2019 12:15
Till: Lisbeth Jinnestål Fernow <lisbeth.jinnestall_fernow@vgregion.se>
Kopia: Pernilla Blomqvist <pernilla.blomqvist@vgregion.se>; Annelie Sundén Gustavsson <annelie.sunden@vgregion.se>; dan.hovskar@falkoping.se
Ämne: Hur blir det med den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården i Skaraborg?

Hej Lisbeth!

Har försökt skicka texten nedan till politikerna i SkaS styrelse. I veckan som var fanns deras kontaktuppgifter tillgängliga på nätet, vilket de inte finns nu.

Behöver därför din hjälp att maila ut dessa frågor så snart som möjligt.

Tack på förhand.

Vänligen/Maria Edström

Öppna frågor till Per Jonsson (L) och övriga politikerkollegor i SkaS styrelse

Hej,

De sista veckorna har vi medarbetare (BUP SkaS L, S, M) och medborgare fått olika och motsägelsefull information om omorganisation och utbudspunkter av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården i Skaraborg. Det hänvisas till ett tjänstemannaförslag där själva beslutssatserna omformulerats av det skäl att man önskar göra förslaget till en organisationsfråga. Detta enligt den information undertecknad och en grupp medarbetare erhållit.

På grund av olika, och motsägelsefull information önskar undertecknad få svar på följande frågor:

1. Kommer all barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård samlas under en enhet, BUP SkaS, där Skövde är "navet"?
2. Kommer verksamhetschef för ovan nämnda verksamhet tilldelas ansvar att utifrån verksamhetens förutsättningar och behov att fatta beslut om utbudspunkter i Skaraborg?
3. Är frågan om utbudspunkter en organisatorisk eller politisk?
4. Är det förslag som SkaS styrelse ska fatta beslut om 18/3 i linje med Vårdöverenskommelsen med Östra hälsa- och sjukvårdsnämnden?

Undertecknad vädjar om ett tydligt svar med tanke på att den information som givits har ändrats ett antal gånger och har i vissa fall varit motsägelsefull.

Vänligen

/Maria Edström, medarbetare BUP Lidköping, SkaS och medborgare i Skaraborg.

maria.edstrom@vgregion.se

070-9697485

Från: Stefan Westling Didrik för Regionstyrelsen
Skickat: den 13 mars 2019 14:55
Till: Expediering; Marina Olsson; Helena Lundberg Nilsson; Ann Söderström; Katti "Katti" Hoflin; Gustaf Zettergren; Ulrika Bokeberg; Viveca Reimers; Elisabet Ericson; Charlotta Lundström; Göran Ejbyfeldt; Jan Kilhamn; Johan Flarup; Staffan Setterberg; Pär Johnson; Anna-Lena Holberg; peter@heie.se; Henrik Ripa; Ann-Marie Wennberg Larkö; Björn Järbur; Jörgen Thorn; Ann-Marie Schaffrath; Martin Rösman
Kopia: Mink Pho-Ngam Karlsson; Katrin Urbäck
Ämne: Fastställande av instruktion till förvaltningschef och ansvarig tjänsteperson
Bifogade filer: Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 5 februari 2019 - Instruktion till regiondirektör och förvaltningschef 2019-2022.pdf; Instruktion för ansvarig tjänsteperson.pdf; Instruktion för förvaltningschef.pdf

Till

Samtliga förvaltningar i VGR

Sjukhusstyrelsernas ordföranden

Sjukhusstyrelsernas direktörer

Ansvariga tjänstemän på koncernkontoret

Regionstyrelsen fastställde instruktion till regiondirektör, tillika förvaltningschef för Koncernkontoret på mötet den 5 februari § 37. RS 2019-00114. Se bifogat beslut och bilagor.

Med i beslutet finns underlag för att den nämnd/styrelse du ansvarar för ska kunna fastställa en instruktion.

Har ni frågor kontakta

Katrin Urbäck, Avdelning ärendesamordning och kansli

katrin.urback@vgregion.se, 0703-63 48 27

Med vänliga hälsningar

Stefan Didrik

Nämndsekreterare

Styrelse & nämndsekretariat

Avdelningen Ärendesamordning & kansli

Koncernkontoret Västra Götalandsregionen

Telefon: 076-9402737

Epost: stefan.westling.didrik@vgregion.se

Protokoll från regionstyrelsen, 2019-02-05

§ 37

Instruktion till regiondirektör och förvaltningschef 2019-2022

Diarienummer RS 2019-00114

Beslut

1. Regionstyrelsen fastställer instruktion för regiondirektören att gälla från och med den 15 februari 2019.
2. Regionstyrelsen rekommenderar att nämnder och styrelser utifrån bifogade förslag fastslår instruktion till förvaltningschef samt ansvarig tjänsteperson

Sammanfattning av ärendet

Regionstyrelsen ska vid varje ny mandatperiod fastställa en instruktion till regiondirektören, tillika förvaltningschef för Koncernkontoret. Instruktionen beskriver regiondirektörens arbetsuppgifter som ledande tjänsteperson för koncernen i en första del, och som förvaltningschef för Koncernkontoret i en andra del. Syftet med instruktionen är att fastställa och förtydliga det uppdrag en förvaltningschef har i förhållande till styrelsen men också till regionfullmäktiges övergripande styrning.

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av nämnder och styrelser vars ansvarsfördelning har fastställts av regionfullmäktige i reglementen. Enligt reglementet fastställer varje nämnd och styrelse en instruktion till förvaltningschefen. Instruktionen ska fastställas vid varje ny mandatperiod. Koncernkontoret har tagit fram ett förslag till normalinstruktion för förvaltningschefer i Västra Götalandsregionen som bifogas till ärendet.

Förslag till instruktion för ansvariga tjänstepersoner för de nämnder och styrelser som Koncernkontoret ger tjänstepersonstöd till bifogas också till ärendet och bör fastställas av respektive nämnd/styrelse.

Beredning

Regionstyrelsens MBL-grupp har fått information om ärendet den 28 januari 2019.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 190124
- Instruktion regiondirektör
- Instruktion ansvarig tjänsteperson
- Instruktion förvaltningschef

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från regionstyrelsen, 2019-02-05

Skickas till

- Samtliga nämnder och styrelser
- Ansvariga tjänstepersoner för de nämnder/styrelser som får tjänstepersonstöd av Koncernkontoret, för beredning av förslag till fastställande i respektive organ:
 - ann-sofi.lodin@vgregion.se
 - marina.r.olsson@vgregion.se
 - helena.l.nilsson@vgregion.se
 - ann.soderstrom@vgregion.se
 - tomas.p.andersson@vgregion.se
 - leena.ekberg@vgregion.se
 - elisabet.ericson@vgregion.se
 - elisabeth.rahmberg@vgregion.se
 - ulrika.bokeberg@vgregion.se
 - viveca.reimers@vgregion.se
 - katti.hoflin@vgregion.se
 - gustaf.zettergren@vgregion.se
 - sverker.hanel@vgregion.se
- Ledningsstöd regional utveckling och hälso- och sjukvård för kännedom: maria.berhe@vgregion.se och mink.karlsson@vgregion.se

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Datum 2019-01-24
Diarienummer RS 2019-00114

Förslag till instruktion för ansvarig tjänsteperson Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen

Regiondirektören är Västra Götalandsregionens ledande tjänsteperson, tillika chef för förvaltningschefer eller motsvarande. Regiondirektören har ett övergripande ansvar för samordning, ledningssystem och strategiska frågor.

Regiondirektören är också förvaltningschef för Koncernkontoret. I egenskap av den rollen ingår ett samordningsansvar för de nämnder som får sitt tjänstemannastöd från Koncernkontoret¹.

Regiondirektören utser ansvariga tjänstepersoner som ska stå till förfogande för de nämnder som får sitt tjänstemannastöd från Koncernkontoret efter samråd med presidierna för berörda nämnder och styrelser. Detta ansvar är delegerat från regionstyrelsen. Ansvarig tjänsteperson har ansvar för de arbetsuppgifter som beskrivs nedan. Dessa kan kompletteras med det nämnden eller styrelsen beslutar.

Koppling till andra styrande dokument

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av nämnder och styrelser vars ansvarsfördelning har fastställts av regionfullmäktige i reglementen. Utifrån reglemente fastställer varje nämnd och styrelse en instruktion till förvaltningschefen.

En del av ansvaret som förvaltningschef eller ansvarig tjänsteperson är uppgifter som nämnd eller styrelse har delegerat, vilket innebär att den politiska nivån har lämnat över frågor att hantera till förvaltningen i en fastställd delegeringsordning. Delegerade ansvarsområden ingår inte i instruktionen.

¹ Regionfullmäktige och regionstyrelsen med sina beredningar och de två utskotten personalutskottet och ägarutskottet, hälso- och sjukvårdsstyrelsen med beredningar, kollektivtrafiknämnden, regionutvecklingsnämnden, kulturnämnden och miljönämnden samt de fem hälso- och sjukvårdsnämnderna (Norra, Södra, Östra, Västra och Göteborg).

2019-01-24, dnr RS 2019-00114

2 (2)

Arbetsuppgifter för ansvariga tjänstepersoner inom Koncernkontoret:

- Ansvara gentemot nämnden för att politiska beslut genomförs och följs upp
- Stödja nämndens ordförande att leda nämndens arbete och informera om vad som behövs för att ordföranden ska fullgöra sina uppgifter
- Säkerställa att beslut som är fattade på delegering återrapporteras på ett korrekt sätt till nämnden
- Se till att ärenden som går upp för beslut till nämnden är tillräckligt beredda, korrekta och läsvänliga
- Se till att nämnden får tillgång till ärendena i god tid innan sammanträdet
- Se till att nämnden är väl informerad om verksamhetsområdet genom löpande information på nämndens sammanträden
- Informera nämnden om uppkomna tvister av betydelse samt avvikelser från ordinarie verksamhet
- När nämnden efterfrågar det, ge sin åsikt tillkänna ifråga om beslutsärendenas bakgrund, beredning och finansiering
- I förekommande fall upplysa nämnden om dess skyldigheter gentemot andra nämnder och styrelser samt regionfullmäktige
- Ta initiativ till utveckling av arbetsformerna mellan nämnden och förvaltningen
- Ansvara för att genomföra regionstyrelsens beslut om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner inom följande områden:
 - Personal
 - Kommunikation
 - Säkerhet
 - Ärende- och dokumenthantering
 - Ekonomi och uppföljning
- Ansvara för att kommunicera nämndens beslut

Denna instruktion gäller från och med den XX månad 2019.

Datum 2019-01-24
Diarienummer RS 2019-00114

Förslag till instruktion för förvaltningschef Västra Götalandsregionen

Regiondirektören är Västra Götalandsregionens ledande tjänsteperson, tillika chef för förvaltningschefer eller motsvarande. Regiondirektören har ett övergripande ansvar för samordning, ledningssystem och strategiska frågor.

Regiondirektören utser förvaltningschefer efter samråd med presidierna för berörda nämnder och styrelser. Detta ansvar är delegerat från regionstyrelsen. Förvaltningschefen har ansvar för de arbetsuppgifter som beskrivs nedan. Dessa kan kompletteras med det nämnden eller styrelsen beslutar.

Koppling till andra styrande dokument

Västra Götalandsregionens verksamheter leds av nämnder och styrelser vars ansvarsfördelning har fastställts av regionfullmäktige i reglementen. Utifrån reglemente fastställer varje nämnd och styrelse en instruktion till förvaltningschefen.

En del av ansvaret som förvaltningschef är uppgifter som nämnd eller styrelse har delegerat, vilket innebär att den politiska nivån har lämnat över frågor att hantera till förvaltningen i en fastställd delegeringsordning. Delegerade ansvarsområden ingår inte i instruktionen.

2019-01-24, dnr RS 2019-00114

2 (3)

Förvaltningschefens arbetsuppgifter:

- Ansvara gentemot nämnden/styrelsen för att politiska beslut genomförs och följs upp
- Stödja nämndens/styrelsens ordförande att leda nämndens/styrelsens arbete och informera om vad som behövs för att ordföranden ska fullgöra sina uppgifter
- Säkerställa att beslut som är fattade på delegering återrapporteras på ett korrekt sätt till nämnden/styrelsen
- Genomföra de åtgärder, anpassningar och förändringar av organisation och verksamhet som krävs för att nå de verksamhetsmässiga och ekonomiska mål och inriktningar som styrelsen fastställt i budget och andra beslut.
- Utarbeta förslag till nämnden/styrelsen för genomförande av de politiskt beslutade strategierna som gäller för verksamheten, t ex strategi för hälso- och sjukvårdens omställning samt regional produktions- och kapacitetsplanering
- Se till att ärenden som går upp för beslut till nämnden/styrelsen är tillräckligt beredda, korrekta och läsvänliga
- Se till att nämnden/styrelsen får tillgång till ärendena i god tid innan sammanträdet
- Se till att nämnden/styrelsen är väl informerad om verksamheten genom löpande information på nämndens sammanträden
- Informera nämnden/styrelsen om uppkomna tvister av betydelse samt avvikelser från ordinarie verksamhet
- När nämnden/styrelsen efterfrågar det, ge sin åsikt tillkänna ifråga om beslutsärendenas bakgrund, beredning och finansiering
- I förekommande fall upplysa nämnden/styrelsen om dess skyldigheter gentemot andra nämnder och styrelser samt regionfullmäktige
- Ta initiativ till utveckling av arbetsformerna mellan nämnden/styrelsen och förvaltningen
- Se till att de anställdas arbetsmiljö har en tillfredsställande utformning och att linjeansvaret är tydligt inom förvaltningen
- Se till att nämndens/styrelsens skyldigheter uppfylls vad gäller information och förhandling enligt lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet
- Medverka i samordningen av Västra Götalandsregionens verksamheter genom deltagande i koncerngemensamt arbete
- Ansvara för att genomföra regionstyrelsens beslut om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner inom följande områden:
 - Personal
 - Kommunikation
 - Säkerhet
 - Ärende- och dokumenthantering
 - Ekonomi och uppföljning
- Ansvara för att förvaltningens löpande arbete är ändamålsenligt och effektivt och följer Västra Götalandsregionens styrande dokument
- Ansvara för förvaltningens interna och externa kommunikation och för att kommunicera nämnden/styrelsens beslut

2019-01-24, dnr RS 2019-00114

3 (3)

Denna instruktion gäller från och med den XX månad 2019.

Från: Annelie Andersson
Skickat: den 13 mars 2019 19:04
Till: Skaraborgs Sjukhus FB
Kopia: Provjobba SU FB
Ämne: REV 2018-00013-2 - Årsrapport 2018 Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
Bifogade filer: Årsrapport 2018 Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.pdf; Protokollsutdrag från revisorskollegiets sammanträde den 13 mars 2019 - Fastställande av årsrapporter och följebrev.pdf; Följebrev REV 2019-00042.pdf

Hej,
Expediering av protokollsutdrag med bilagor från revisorskollegiets sammanträde den 13 mars 2019 - § 28 Fastställande av årsrapporter och följebrev.

Med vänlig hälsning
Revisionsenheten
Västra Götalandsregionen

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



Årsrapport Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus 2018

Diarienummer REV 2018-00013

Behandlad av revisorskollegiet den 13 mars 2019

Årets granskning	3
Styrelsens ansvar	3
Resultatet av revisorernas granskning	4
Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller.....	4
Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka	4
Granskning: Utformning av ekonomistyrning	5
Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköbspolicy.....	6
Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning	6
Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller	7
Granskning: Målet den organisatoriska effektiviteten ska öka.....	8
Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning	8
Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll.....	9
Uppföljning: Genomförande av kontroll av bisysslor	10
Uppföljning: Genomförande av kontroll av IS/IT-kostnader	11
Styrelsens resultat och effektivitet	12
Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat	12
Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat	13
Styrelsens räkenskaper	13
Revisorernas sammanfattande bedömning	14

Årets granskning

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

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

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

Styrelsens ansvar

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

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

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

1. Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom ska förbättras.
2. Sjukvårdens förmåga att skapa mesta möjliga värde för patienten ska förbättras.
3. Den medicinska kvaliteten ska öka och den organisatoriska effektiviteten förbättras.

SkaS ska vidare arbeta med följande mål:

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

Resultatet av revisorernas granskning

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

Styrelsens utformning av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen har utformat ett tillfredställande styr- och uppföljningssystem som innebär att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. En förutsättning är att styrelsen har brutit ned mål och preciserat styrsignaler från fullmäktige med flera. Styrelsen har vidare formaliserat detta i beslut i god tid för genomförande och utvecklat en tydlig och tillräcklig styrning och uppföljning som väl avspeglar styrelsens ansvar. När förutsättningar saknas för att utforma ett tillfredställande system så har styrelsen uppmärksammat fullmäktige på detta.

Styrelsen ska vidare ha utformat ett system för den interna kontrollen som i tillräcklig utsträckning förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning genom att upprätta arbetssätt och organisation för den interna kontrollen. Styrelsen ska vidare ha utformat tillräckliga och dokumenterade kontroller utifrån en risk- och väsentlighetsanalys baserat på ett helhetsperspektiv på styrelsens styrning och uppföljning.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar:

Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka

(REV 2018-00094)

Regionfullmäktige har i budget fastställt mål för hälso- och sjukvården om att den medicinska kvaliteten ska öka. För uppföljningen av detta mål har ett antal fokusområden och mätbara kvalitetsmål bestämts. Kvalitetsbrister i vård och behandling förorsakar onödigt lidande och medför komplikationer för den enskilde. För organisationen innebär det merkostnader och bristande ekonomisk hushållning samt bristande måluppfyllelse mot regionfullmäktiges mål. Revisorerna har tidigare granskat vård på lika villkor (REV2016-00148) och funnit brister i ledning, styrning och uppföljning. Revisorerna beslutade därför att granska området medicinsk kvalitet med syftet att bedöma om styrelserna inrättat ett ändamålsenligt styrsystem för styrning och uppföljning mot riktlinjer och mot regionfullmäktiges mål avseende medicinsk kvalitet.

En kartläggning av målen i styrdokumentet ger inte en helt tydlig bild av hur målstyrningsarbetet i sin helhet hänger ihop. I dokumenten används begrepp som strategier, mål och fokusområden på olika sätt beroende på handling och det som exempelvis i detaljbudget benämns som indikator kan i patientsäkerhetsplanen omnämnas som mål. Det saknas också en distinkt koppling från RF:s mål till sjukhusens mål. Detta är en uppenbar brist, vilket kan riskera att göra arbetet ottydligt för verksamheten, men också att rapportering till både styrelser och fullmäktige riskerar att bli svåröverblickbar. Uppföljning av medicinsk kvalitet har inte haft någon framträdande roll på styrelsens agenda, och styrelsen har inte heller fattat specifika beslut vare sig det gäller

patientsäkerhet eller medicinsk kvalitet. Uppföljningen av medicinsk kvalitet har följt de regionalt beslutade processerna. Detta innebär budgetuppföljning, årlig patientsäkerhetsberättelse och uppföljning av VÖK. Det har även till viss del ingått i internkontrollplanen.

Bedömning

Revisorernas bedömning är att styrelsen inte arbetat helt systematiskt med mål, åtgärder och uppföljning av den medicinska kvaliteten. Styrningen mot målen på området riskerar att bli fragmentiserad utifrån den otydliga koppling som finns mellan styrdokumentet, samt för att styrelsen inte tydligt beslutat om en fortlöpande uppföljning av medicinsk kvalitet. Styrelsen har därmed inte i tillräcklig utsträckning planerat hur man ska kunna säkra kvaliteten. Styrelsen rekommenderas bland annat att tillse att arbetet med regionfullmäktiges mål sker på ett systematiskt sätt utifrån beslutade styrdokument som hänger ihop, att efterfråga underlag med realtidsdata, uppföljning och analys samt förslag på hantering för att kunna fatta erforderliga beslut och att efterfråga uppföljning och resultat av fattade beslut.

Granskning: Utformning av ekonomistyrning

Av god revisionssed i kommunal verksamhet följer att det ska, vid behov, finnas beslutade åtgärder som möjliggör att styrelsen kan uppnå en ekonomisk balans i enlighet med fullmäktiges beslut. Dessa bör beslutas i anslutning till att underskottet kommer till styrelsens kännedom. Vidare ska styrelsens åtgärder vara beslutade med en tidsplan som innebär att de kan implementeras och att resultat kan uppnås inom budgetårets slut. Åtgärderna ska även motsvara behovet och relateras till fullmäktiges beslut. Det vill säga att beslutade åtgärder bör motsvara underskottets omfattning mot budget. Följande revisionsfråga ställdes:

1. Har styrelsen vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med den ingående obalansen i budget för 2018?

SkaS detaljbudget 2018 återremitterades av styrelsen i november för ny beredning. I detaljbudgeten hade förvaltningen presenterat åtgärder inom 4 strategiskt viktiga områden för att komma tillrätta med obalansen. Styrelsen återremitterade budgeten på grund av att de enskilda områdenas förväntade effekter inte var tillräckligt tydligt redovisade. Styrelsen hade ett extrainsatt möte i december-17 där man beslutade att anta detaljbudgeten. Obalansen beräknades då till -70 mnkr och de ekonomiska åtgärderna var kompletterade med beräknad nettoeffekt 2018-2020. Styrelsens plan för att neutralisera obalansen var att minska kostnader med 46 mnkr. Dessa effektiviseringar har arbetats in under ordinarie poster, därför framgår det inte i förhållande till vad som nettoeffekten beräknats. Vidare skulle man öka intäkterna med 24 mnkr, dels genom att äska medel för omställningen, dels genom att öka produktionen med 2% men med oförändrade resurser. Det beskrivs att det på längre sikt kan komma att krävas strategiska beslut om strukturella förändringar för att säkra en effektiv och patientsäker vård. Granskningens iakttagelser visar skillnader i hur detaljerat styrelsens åtgärder brutits ned och beskrivits.

Bedömning

Av iakttagelserna framgår att styrelsen har beslutat om åtgärder för att komma tillrätta med den ingående obalansen i budget för 2018, samt att de beslutat om dessa i tid. Några av de områden SkaS beslutar om att minska sina kostnader för är några av de poster som 2017 avvikit allra mest i förhållande till budget och tidigare resultat. Att försöka få stopp på

kostnadsökningarna inom dessa poster är därför av stor vikt, men för att lyckas krävs då att man också har upprättat tydliga planer för hur det ska genomföras. Revisionsenhetens bedömning är att åtgärderna inte är tillräckligt tydligt beskrivna för att styrelsen ska ha en rimlig möjlighet att bedöma om de är genomförbara. Revisionsenhetens bedömning är att detaljbudgeten i vissa avseenden är orealistisk samtidigt som yttre omständigheter i viss mån försvårat budgetstyrningen. Vår bedömning är vidare att utformningen av styrning och uppföljning av åtgärder riskerar att inte vara tillräcklig för att skapa förutsättningar för att nå en budget i balans.

Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköspolicy

Revisorskollegiet genomförde en fördjupad granskning av regionstyrelsen avseende införandet av inköspolicyn under 2017 som rapporterades i februari 2018. Mot bakgrund av de risker som konstaterades i granskningsrapporten för implementeringsåret 2017 beslutade revisorskollegiet att en uppföljande granskning skulle genomföras 2018 då policyn ska tillämpas fullt ut (diarienummer REV 2018-00140). Granskningen riktades främst mot regionstyrelsen, men för samtliga nämnder och styrelser har en övergripande kartläggning av efterlevnaden av inköspolicyn gjorts. Följande frågor har ställts:

1. Följer styrelsen inköspolicyn fullt ut?
2. Finns det ett internt kontrollsystem för att följa upp att inköspolicyn efterlevs?

Granskningen visar att styrelsen redan 2017 beslutade att direktören skulle säkerställa SkaS implementering och följsamhet till denna. En åtgärdsplan togs då fram där man bland annat genomförde utbildningsinsatser för samtliga chefer. Man uppdaterade även informationsmaterialet till nya chefer för att säkerställa att det var korrekt. Inköpsanmodan för kapitalvaruinköp får endast ske av utsedda handläggare på förvaltningskontoret, och tjänsteköp sker endast via SkaS inköpscontroller. Kontroll görs om befintliga avtal med upphandlade leverantörer kan tillgodose behovet eller om upphandling krävs. Kontroll görs också kontinuerligt av följsamhet mot avtal och i samarbete med koncerninköp för att identifiera eventuella inköpsområden som saknar avtal och leder till att nya upphandlingar sker vid behov och i enlighet med LOU. Återrapportering till styrelsen av verksamhetens uppföljning av inköpsfrågor, följsamhet mot avtal med mera ska ske i samband med delårsrapportering och årsbokslut, vilket också har gjorts.

Bedömning

Bedömningen är att styrelsen har utformat ett system och en organisation för inköpsprocessen som är i enlighet med den nya inköspolicyn. Styrelsen bedöms även ha utformat en tillräcklig intern kontroll avseende inköp.

Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning

På revisorernas uppdrag genomfördes en fördjupad granskning 2015 avseende verksamhetsanpassad bemanning (diarienummer REV 29-2015). Fokus i granskningen var schemaläggningen av läkare. I granskningsrapporten var den sammanfattande slutsatsen att det finns brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. Samtliga styrelser behandlade revisionsrapporten och svarade revisionen. Samtliga sjukhusstyrelser beslutade om aktiviteter utifrån rapporten. Syftet med en uppföljande granskning är att belysa sjukhusstyrelsernas fortsatta arbete med beslutade aktiviteter.

Iakttagelserna har visat att sjukhusdirektören tagit fram en handlingsplan med mål och riktlinjer för hur schemaläggning av läkare (och övriga grupper) ska gå till. Målet är att verksamhetens behov ska styra schemaläggningen. Styrande riktlinjer är främst att alla anställs på dygnets alla timmar, jourer och beredskap ska normalfördelas, jourkompledighet ska läggas ut regelbundet och flexramar ska förändras för att minska övertid. I handlingsplanen beskrivs även åtgärder verksamheterna ska vidta för att uppnå målet och följa riktlinjerna. Sjukhuset har även tillsatt en tvärprofessionell arbetsgrupp som arbetat fram en modell för produktions- och kapacitetsplanering, där handlingsplanens krav och åtgärder omhändertogs. Modellen presenterades för sjukhusledningen 2017-03-14 och innehåller ett antal steg som bör genomföras för att tillgodose regionens invånares behov av vård och att tillgängliga resurser används på bästa möjliga sätt.

Modellen slår fast att det är verksamhetens behov som ska styra schemaläggningen, för att kunna uppnå en effektiv vård med god tillgänglighet för patienten. Målet var att alla verksamheter skulle vara igång med produktion- och kapacitetsplanering under 2017. En riktlinje har tagits fram för hur SkaS ska arbeta på övergripande nivå med produktions- och kapacitetsplanering, där roller och ansvar beskrivs för införandet, genomförandet och uppföljningen av justegsmodellen. Vid uppföljning i maj -18 konstaterades att de flesta öppenvårdsverksamheter samt operationsverksamheten kommit igång med arbetet och uppnått steg 3 eller mer. Målet för 2018 är att samtliga mottagningar ska ha uppnått steg 7 i modellen. Enligt de intervjuade ser man en positiv trend och att allt fler arbetar enligt modellen. Vid årsskiftet 18/19 verkar dock inte målet ha nåtts fullt ut, då bedömningen av denna aktivitet i årsredovisningen är ”Pågå” samt att målet för aktiviteten i detaljbudget 2019 nu är ”att fler verksamheter ska koppla läkarschema till produktionsplanens aktiviteter samt införa vecko- eller månadsvisa strukturerade beslutsmöten för att tydligare styra produktionsplaneringen framåt.”

Bedömning

Med de beslut avseende handlingsplan med förtydligade riktlinjer på övergripande nivå, samt övriga åtgärder som styrelse respektive sjukhusledning beslutat om har utformningen av styrning av läkares schemaläggning stärkts och bedöms vara tillräcklig. Styrelsen bör dock tillse att en tillräcklig uppföljning av området sker som kan säkerställa att målen för verksamhetsanpassad bemanning uppnås.

Styrelsens genomförande av styrning, uppföljning och kontroller

Styrelsen ska ha använt sitt styr- och uppföljningssystem så att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutad styrning och uppföljning har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering och vid behov fattat beslut om tillkommande styrning och uppföljning.

Styrelsen ska vidare ha använt sitt system för den interna kontrollen i tillräcklig utsträckning så att det förebygger, upptäcker och åtgärdar eventuella brister i styrelsens styrning och uppföljning. Det innebär att styrelsen ska ha säkerställt att beslutade kontroller har genomförts och rapporterats i enlighet med beslut. Vidare har styrelsen aktivt värderat återrapportering av kontrollerna och vid behov fattat beslut om tillkommande kontroller och/eller styråtgärder.

Utifrån granskningsplanen identifierades och prioriterades särskilt följande granskningar.

Granskning: Målet den organisatoriska effektiviteten ska öka

(REV 2018-00096)

Regionfullmäktige har för hälso- och sjukvården fastställt ökad organisatorisk effektivitet som mål. Den årliga granskningen av styrelserna inom hälso- och sjukvården visar att antalet anställda ökar, medan produktionen inte tycks öka i motsvarande grad. Hur den ökade personalresursen styrs är inte helt transparent. Samtidigt åläggs verksamheterna allt fler administrativa uppgifter när verksamheter omorganiseras och nya projekt skall bemannas med medicinskt utbildad personal. Revisorerna hade därför styrningen mot ökad organisatorisk effektivitet som ett granskningsområde under 2018. Granskningen syftade till att granska om styrelsens system för att styra personalresurser är ändamålsenligt. Granskningen skulle ge svar på följande revisionsfrågor:

1. Hur säkerställer styrelserna ett effektivt användande av personalresurser?
2. Har styrelserna säkerställt att önskade effekter uppnåtts av uppgiftsväxling i organisationen?
3. Har styrelserna vidtagit åtgärder med anledning av resultatet av uppföljning och analys?

Granskningen visade att styrelsen får information om hur verksamheten utvecklats utifrån perspektiv som personal, produktion, ekonomi och tillgänglighet. Utifrån protokollen är det dock svårt att utläsa att styrelsen aktivt efterfrågat eller analyserat varför utvecklingen ser ut som den gör inom flera perspektiv. När det gäller arbetet med uppgiftsväxling redovisas framförallt vilka aktiviteter som genomförs för att stimulera arbetet med uppgiftsväxling och nya arbetssätt.

Bedömning

Revisorerna bedömer att jämförelser med främst föregående år, exempelvis när det gäller antalet nettoårsarbetare samt hälso- och sjukvårdens produktion, gör att den mer långsiktiga trenden och utvecklingen riskerar att osynliggöras. Utifrån redovisningen av uppgiftsväxling är det också svårt att få en samlad bild av vilken effekt arbetet har resulterat i ställt till utvecklingen av antalet nettoårsarbetare och personalsammansättningen. Revisorerna bedömer att styrelsen behöver utveckla och stärka styrning och analys av hur personalresurserna utvecklas i relation till den vård som produceras, för att kunna säkerställa att personalresurserna styrs på ett effektivt sätt. Revisorernas sammanfattande slutsats är att styrelsen för Skaraborgs Sjukhus inte har en tillräckligt ändamålsenlig styrning av personalresurserna.

Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning

Av kommunallagen 6:6 framgår att styrelsen har ett ansvar att följa upp verksamheten. Genom uppföljning och kontroller ska styrelsen se till att de beslut som fattats efterlevs samt följa upp resultatet av åtgärderna för att bedöma om ytterligare åtgärder behöver vidtas. Vid behov ska styrelsen ha redovisat sin situation för fullmäktige och efterfrågat riktlinjer. Detta ska leda till att styrelsen i slutet av året har genomfört sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Granskningen syftade till att bedöma om styrelsen genomfört sin ekonomistyrning som planerat och på ett sätt som säkerställer att budget i balans uppnås.

Granskningen visade att styrelsen vid samtliga styrelsemöten fått en redogörelse för ackumulerat resultat, nedbrutet på olika kostnadsposter och nivåer. Vad gäller åtgärderna har aktiviteter redovisats, däremot har det inte (åtminstone i text) angivits på systematisk

och samlad nivå om åtgärder följer tidsplan och förväntat ekonomiskt resultat/effekt. Vid styrelsemöte 2018-06-14 presenterades en åtgärdsplan med uppdaterad beräkning av förväntade nettoeffekter, utifrån en summering av verksamhetschefernas åtgärdsplaner för kostnadsreduktion inom respektive verksamhetsområde. Effekten beräknades då till 24 mnkr för 2018 och man konstaterade att tidigare vidtagna åtgärder inte fått avsedd effekt på ekonomi. Ytterligare åtgärder som presenterades var genomlysning och effektivisering av vårdstrukturen, översyn av befintliga jourlinjer och jourkostnader, förbättrad kvalitet för medicinsk registrering för ökade intäkter, utökad granskning av fakturor för köpt vård samt minskad personalvolym. Styrelsen fastställde åtgärdsplanen, inskräpte att det övergripande målet för 2018 är en ekonomi i balans, noterade och bilade de nya åtgärderna till protokollet samt uppdrog åt sjukhusdirektören att vidare utreda långsiktig och optimal vårdstruktur utifrån ett omställningsperspektiv.

Vid styrelsemöte 2018-08-22 konstaterades att åtgärder för effektivisering och kostnadsminskning 2018 ännu inte visat på förväntad effekt, men att intensivt arbete pågår i verksamheterna, bland annat reducering av antalet nettoårsarbetare och minskad användning av bemanningspersonal. Styrelsen noterade informationen om den ekonomiska situationen och emotser effekten av beslutade åtgärder. Styrelsen fastställde delårsrapport augusti 2018-09-26. Inga ytterligare ekonomiska åtgärder för 2018 vidtogs vid detta eller nästkommande möte i oktober. I november beslutade man om detaljbudget för 2019 med en åtgärdsplan som skulle korrigera de kommande beräknade obalansen på -250 mnkr. Ett antal aktiviteter är sammanställda med tillhörande effekt beräknad. Dock framgår inte (uppdaterade) handlingsplaner för respektive aktivitet eller en beskrivning av hur åtgärden ska genomföras på styrelsenivå.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att den uppföljning av åtgärdsplanerna som skett inte varit helt ändamålsenlig, utifrån att man inte följt mer i detalj hur de olika insatserna följt sin tidsplan samt redovisat om och vilken effekt de gett. Vid delårsrapport mars var det ändå tydligt för styrelsen att förväntade effekter skulle bli svåra att nå, då samma poster som man räknat på minskade kostnader för i åtgärdsplanen genom effektivisering visade på ökade kostnader jämfört med budget. Trots detta fattade man inte beslut om nya åtgärder eller en uppdaterad beräkning av åtgärdsplanen i april, utan nya beslut kom först i juni. Under våren har förvaltningen arbetat med mer detaljerade handlingsplaner och försökt att åtgärda de poster som visat negativ utveckling, men den nya beräkningen av effekter blev för 2018 endast 24 mnkr. Åtgärderna motsvarar därmed inte den prognos som lades i delårsrapport mars. Trots detta har styrelsen inte formellt redovisat sin situation till fullmäktige, utan enbart informellt genom möten med ägarutskotten samt att delårsrapport sänts till regionstyrelsen. Bedömningen är sammantaget att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder, i god tid, utifrån befarade avvikelser för att komma tillrätta med sitt befarade underskott för 2018.

Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll

Styrelsens interna kontroll ska vara ett system som syftar till att hantera potentiella brister i styrelsens styr- och uppföljningssystem. På så sätt säkras en effektiv förvaltning och allvarliga fel kan undvikas. I förlängningen ska det bidra till att verksamheten lever upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och andra föreskrifter som gäller för verksamheten. Styrelsens styrning och uppföljning respektive interna kontroll ska vara komplementära. Syftet med granskningen var att granska och bedöma huruvida

styrelsen använt sitt system för intern kontroll som det är tänkt, för att därigenom kunna upptäcka och åtgärda eventuella brister och avvikelser. Följande revisionsfrågor ställdes:

1. Har styrelsen säkerställt att systemet för intern kontroll genomförts som beslutat?

Granskningen visade att styrelsens arbete med intern kontroll har utvecklats under senare år. Styrelsen antog 2015 en lokal riktlinje för internkontrollarbetet, som i allt väsentligt sammanfaller med regionstyrelsens Riktlinjer för intern kontroll. För 2018 har riskanalys utifrån budget och vårdöverenskommelse genomförts, och mynnat ut i en kontrollplan. Det är dock inte dokumenterat att styrelsen gått igenom övriga delar i sin kontrollmiljö, eller gjort ett tydligt ställningstagande om hur riskerna ska hanteras.

Iakttagelserna visar också att SkaS har genomfört sin interna kontroll under 2018 och rapporterat detta till styrelsen. Avseende kontrollernas kvalitet är redovisningen dock inte särskilt tydligt presenterad utifrån ett riskperspektiv. En orsak till detta kan vara att SkaS internkontroll är tätt sammanlänkad med det övriga uppföljningssystemet, och att området kontrollerna tillhör därför rapporteras ofta ändå och kontrollerna blir en del av helheten. Då de specifika kontrollernas metod inte anger någon omfattning av kontrollerna – endast att uppföljning ska ske, men inte vad denna uppföljning ska ge styrelsen för svar eller information, så är det svårt att bedöma om kontrollerna genomförts med en tillräcklig kvalitet.

Bedömning

Revisionsenhetens bedömning är att styrelsen på en övergripande nivå har utformat sin interna kontroll till stora delar i enlighet med regionens riktlinje. Man säkerställer dock endast delvis att den genomförs som planerat. Styrelsen har därmed endast delvis använt sitt system för intern kontroll i tillräcklig utsträckning. Att systemet för intern kontroll hänger ihop med systemet för uppföljning är positivt, det är dock viktigt att de risker som identifierats faktiskt kontrolleras på ett sådant sätt att redovisningen gör att styrelsen kan bedöma om riskerna tagits omhand, reducerats eller kvarstår. Det är också viktigt att styrelsen vet om en kontroll/uppföljning skett utifrån ett riskhanteringsperspektiv eller ordinarie uppföljning så att adekvata åtgärder kan vidtas. Det är därför av vikt att styrelsen redan i planeringsstadiet dels går igenom hela sin styrmiljö, dels gör ett ställningstagande om vilken risknivå som är acceptabel, så att kontrollerna kan bli ännu mer riktade mot respektive risk.

Uppföljning: Genomförande av kontroll av bisysslor

På revisorernas uppdrag genomfördes en granskning av bisysslor 2016 (diarienummer REV 2016-00167). Syftet med granskningen var att granska följsamheten till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. Granskningens slutsatser var att det fanns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor. Den kontinuerliga uppföljningen brast i att alla chefer inte följde upp förekomst av bisysslor vid utvecklingssamtal. Indikationer på ej anmäld bisyssla följdes inte alltid upp. Kontroller av bisysslor var också bristfälliga. Det fanns kontroller av bisysslor men dessa kontroller skedde med allt för stora intervall. Uppföljningen av existerande bisysslor skedde i ringa omfattning utan att dokumenteras. I granskningsrapporten lämnade revisorerna rekommendationer till granskade sjukhusstyrelser att skärpa uppföljning och dokumentation av bisysslor.

Syftet med den uppföljande granskningen var att belysa vilka åtgärder som vidtagits utifrån de rekommendationer som revisorerna lämnade i granskningen 2017 och om sådana eventuella åtgärder bidragit till att nämnder och styrelser har en tillräcklig intern kontroll avseende medarbetares bisysslor. Följande revisionsfrågor skulle besvaras:

1. Har kontroller av bisysslor formaliserats och dokumenterats?
2. Görs det uppföljning av efterlevnaden av de regionala riktlinjerna för bisysslor?

Iakttagelserna visar att SkaS använder sig av regionens riktlinjer och rutin för genomgång av bisysslor. På ledningsnivå har man under året dock diskuterat att SkaS inte bör fokusera på att utarbeta förtydliganden av riktlinjerna, utan fokus ska vara att arbeta för att säkerställa efterlevnaden utav dem. Det finns en mall som ska fyllas i av medarbetaren inför varje medarbetarsamtal, där en fråga om eventuell bisyssla finns med. Samtliga enheter använder inte just den mallen i dagsläget, men uppföljning ska göras av samtliga vid varje utvecklingssamtal eller medarbetarsamtal och dokumenteras. HR gör årligen en uppföljning på övergripande nivå där man går igenom vilka bisysslor som beviljats och inom vilka verksamhetsområden dessa finns. 2018 genomfördes också en mer fullständig inventering av bisysslor. Utifrån arbetet som pågår avseende produktions- och kapacitetsplanering kommer det framöver inte heller längre vara möjligt för personal som arbetar i verksamheter där SkaS har brist att ha bisyssla.

Bedömning

Granskningen visar att SkaS har utformat formaliserade kontroller av bisysslor och skapat förutsättningar för att dessa ska dokumenteras. Bedömningen är att detta samt den årliga uppföljningen och den särskilda inventeringen som görs sammantaget gör att SkaS har en tillräcklig intern kontroll av bisysslor. Förutsättningar torde finnas för att upptäcka avvikelser som skapar möjlighet att vidta åtgärder.

Uppföljning: Genomförande av kontroll av IS/IT-kostnader

På revisorernas uppdrag genomfördes en granskning av finansieringsmodellen för IS/IT 2016 (diarienummer: REV 2016-00039). Bakgrunden till granskningen var att revisorerna inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att det i verksamheten finns oklarheter kring finansieringsfrågor, redovisning och fakturering av IS/IT-kostnader. Granskningens slutsats var att ”IS/IT-kostnaderna inte fördelas på ett strukturerat och rättvist sätt. Det saknas en koppling mellan respektive verksamhets nyttjande av IS/IT-tjänster och vad de får betala för IS/IT-tjänster. Verksamheterna har mycket begränsade möjligheter att påverka sina IS/IT-kostnader.” Revisorerna beslutade att göra en uppföljande granskning avseende vilka åtgärder som regionstyrelsen vidtagit för att komma till rätta med bristerna. En kartläggning har gjorts av nämnder och styrelsernas möjligheter att utöva en intern kontroll över kostnaderna.

Granskningen visar att de problem och brister som redovisades i granskningen 2016 i allt väsentligt kvarstår. Sjukhuset upplever inte att det finns en transparens kring hur kostnader har beräknats och fördelats ut på verksamheterna. Fakturaspecifikationerna är svårbegripliga. Sjukhuset upplever inte att fakturorna går att kontrollera fullt ut. Man upplever även att flera av kostnaderna inte går att påverka i någon större utsträckning.

Bedömning

Vår bedömning är att styrelsen inte har förutsättningar att ha en tillräcklig intern kontroll avseende IS/IT-kostnader och bör fortsätta påtala detta till regionstyrelsen. Även om samordning av IS/IT i stor utsträckning innebär att verksamheterna får vara beredda på att

betala för sin andel av gemensamma kostnader och också till del medverka till en solidarisk finansiering, så bör nämnder och styrelser kunna ha kontroll på vad man betalar för. Fakturors riktighet ska kunna kontrolleras innan attest sker. Verksamheterna ska också kunna påverka inom de delar som är mer volymberoende eller där verksamheten väljer bort något system som varken regionen eller verksamheten ställer krav på ska användas.

Styrelsens resultat och effektivitet

Styrelsen har att leva upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter. Vidare ska styrelsen genomföra sitt uppdrag med tillgängliga resurser. Granskningen av nämndens resultat och effektivitet grundas framförallt på årsredovisning och andra dokument som tydliggör nämndens resultat. Granskningen syftar till att få svar på följande fråga:

1. Har styrelsen levt upp till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt gällande lagstiftning och föreskrifter, med tillgängliga resurser?

Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat

SkaS resultatutveckling 2018												
	jan	feb	mars	april	maj	juli	aug	sept	okt	nov	dec	
Resultat ack	-20	-50	-44	-66	-85	-97	-89	-108	-127	-129	-148	
Budget ack	0	-16	-5	-10	-6	4	20	11	14	13	0	
Diff mot budget	-20	-34	-39	-56	-80	-101	-110	-119	-141	-142	-148	
Prognos	0	0	-75	-75	-75	-75	-160	-160	-160	-160	-160	

SkaS ekonomiska resultat blir slutligen -148,3 mnkr. Detta är något bättre än prognosen i augusti på -160 mnkr. Orsakerna beskrivs bland annat vara brist på specialist-sjuksköterskor, som lett till stängda vårdplatser och neddragning av planerade operationer. Detta påverkar ekonomin på grund av det direkta inkomstbortfallet. Det skapar även ökade kostnader på andra avdelningar. Volymer enligt vårdöverenskommelsen samt brutna tak uppnås, men sjukhuset har inte klarat att utföra samtliga tillgänglighetsuppdrag.

Bruttokostnadsutvecklingen uppgår per december till 8,1%, vilket är något bättre än augustis 9,1%. Totalt har personalkostnaderna under 2018 ökat med 186,9 miljoner kronor eller 7,1 % men om kostnadsökningen för ob-ersättning och sociala avgifter exkluderas från utfallet uppgår den procentuella förändringen till 4,6%. För gruppen övriga kostnader syns en hög kostnadsutveckling under 2018 på 9,7 % eller 168,4 miljoner kronor. Om hänsyn tas till de intäkter sjukhuset erhållit på grund av ökade kostnader för läkemedel och köpt vård uppgår nettokostnadsförändringen till 7,1 %. Huvudorsaker till kostnadsutvecklingen för gruppen övriga kostnader är köp av sjukvårdstjänster, labtjänster, läkemedel, medicinskt material, städ, IT-tjänster, hyreskostnader och SOS-alarm.

I årsredovisningen beskrivs att det har tagit tid att genomföra förändringar och få önskvärd ekonomisk effekt av vidtagna åtgärder. Målet att vid årets slut uppnå en kostnadsnivå som var i balans med sjukhusets intäkter har inte uppnåtts. Positivt är dock att ekonomin under hösten börjat vända med en sjunkande kostnadsutveckling, bland annat har kostnaderna för bemanningsföretag sjunkit sedan september.

Bedömning styrelsens ekonomiska resultat

SkaS har inte nått en ekonomi i balans 2018. Man har därmed inte levt upp till fullmäktiges mål med befintliga resurser.

Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat

Bilden nedan (sammanställd ur regionens ”Snabbfakta”) visar att SkaS har svårt att uppnå målen ur ett verksamhetsperspektiv. Främst är tillgängligheten problematisk, i december var det endast 65% som fick operation/behandling inom garantitiden 90 dagar, att jämföra med 74% 2017. En tydlig förbättring har dock skett på detta område under hösten. Vad gäller förstabesök är tillgängligheten något bättre, där 83% fått detta inom 90 dagar (87% 2017). Under året har man nått eller legat nära målnivån (55%) på akuten för tid till läkare inom 1 timma. I snabbfakta mäts dock enbart att total vistelsetid på akuten ska vara under 4 timmar för 90% av patienterna. I genomsnitt har ca 70% en total vistelsetid under 4 timmar, vilket är långt ifrån målet men bland de bästa resultaten i regionen. Sjukfrånvaron har under året varit något lägre än 2016-2017, men blev totalt 6,5% vilket är en ökning med 0,2% jämfört med 2017. Även personalomsättningen har varje månad legat 1-2% under nivåerna 2017. 2018 innebar det en omsättning på ca 10,1% (12,8% 2017).

Månad	Ekonomi	Beläggning som/psyk	TVT akuten	Tillgängl. besök/åtg.	Misstänkt cancer	Kvalitet	Sjukfrånvaro	Personalomsätn.
Dec-17								
Jan								
Feb								
Mars								
April								
Maj								
Juni								
Juli								
Aug								
Sep								
Okt								
Nov								
Dec								

Styrelsens räkenskaper

Att räkenskaperna är rättvisande innebär att den externa redovisningen ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att årsredovisning och delårsrapport är upprättade i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed.

Revisorskollegiet har upphandlat redovisningsrevisionen av PwC för perioden 2017-2020. I sin granskning noterar PwC att SkaS, på samma sätt som övriga nämnder och styrelser, inte tillämpar komponentavskrivning. De har även noterat att underskottet på -148 mnkr avviker negativt från budgeten på 0 mnkr.

Revisorernas sammanfattande bedömning

Årets revision har utförts enligt kommunallagen och enligt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorskollegiet samt från en granskningsplan avseende styrelsen. Granskningen har genomförts utifrån revisionsenhetens granskningsprogram och i dialog med berörda verksamheter.

Utifrån vad som framkommit i årets granskning av styrelsen för Skaraborgs sjukhus bedömer revisionsenheten att verksamheten i stora delar bedrivits ändamålsenligt, med god ekonomisk hushållning, rättvisande räkenskaper och med en tillräcklig intern kontroll. Revisionsenheten bedömer dock att styrelsen inte varit tillräckligt aktiv vad gäller att tillse att verksamheten bedrivs med en ekonomi i balans. Vår bedömning är att det beror på att styrelsen inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att vända den negativa ekonomiska utvecklingen utifrån den uppföljning styrelsen fått under 2018.

Bilaga 1. Rapporter och underlag

Följande granskningsrapporter ligger till underlag för årsrapporten.

Fördjupade granskningar

- Granskning: Målet den medicinska kvaliteten ska öka, dnr: REV 2018-00094.
- Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser, dnr: REV 2018-00096

Nämndfördjupningar och uppföljande granskningar

- Granskning: Utformning av ekonomistyrning
- Granskning: Genomförandet av ekonomistyrning
- Granskning: Genomförande av systemet för intern kontroll
- Granskning: Styrelsens ekonomiska resultat
- Granskning: Styrelsens verksamhetsmässiga resultat
- Uppföljning: Utformning av styrning mot regionens inköbspolicy
- Uppföljning: Utformning av styrning mot verksamhetsanpassad bemanning
- Uppföljning: Genomförande av intern kontroll av bisysslor
- Uppföljning: Genomförande av intern kontroll av IS/IT-kostnader

Protokoll från revisorskollegiet, 2019-03-13

§ 28

Fastställande av årsrapporter och följebrev

Diarienummer REV 2019-00042

Beslut

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

Sammanfattning av ärendet

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

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

För 2018 har revisionsenheten upprättat en årsrapport för varje nämnd och styrelser i Västra Götalandsregionen. Dessa ska bifogas regionstyrelsens revisionsberättelse tillsammans med revisionsberättelsen för respektive nämnd och utgör då underlag för regionfullmäktiges ansvarsprövning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2019-03-08

Skickas till

- Samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Följebrev, Årsrapport

Datum 2019-03-13

Diarienummer REV 2019-00042

Västra Götalandsregionen

Revisionsenheten

Handläggare: Vilhelm Rundquist

Telefon: 0767 808 506

E-post: vilhelm.rundquist@vgregion.se

Till samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen

Årsrapport

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

I årsrapporten lämnar revisorskollegiet en rad rekommendationer till berörd nämnd eller styrelse. Rekommendationerna syftar till att stödja och utveckla nämnder och styrelser styrning, ledning och internkontroll av verksamheten. Hur rekommendationerna är omhändertagna avser kollegiet att följa upp under 2019. Detta sker företrädesvis i samband med det årliga dialogmöte som genomförs under året.

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

För revisorskollegiet



Birgitta Eriksson
Ordförande



Ulf Sjösten
Vice ordförande

Från: Stefan Westling Didrik för Regionstyrelsen
Skickat: den 18 mars 2019 16:07
Till: NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Skaraborgs Sjukhus
FB; Säs; Gunilla "Length" Persson
Ämne: Utskick av protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 5
mars 2019 - Yttrande över remiss av betänkandet Framtidens
specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)
Bifogade filer: Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde den 5 mars 2019 -
Yttrande över remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska -
n....pdf; Förslag till remissyttrande för betänkande - Framtidens
specialistsjuksköterska justerat.pdf

Hej,
Översänder regionstyrelsens beslut.

Med vänliga hälsningar

Stefan Didrik

Nämndsekreterare
Styrelse & nämndsekretariat
Avdelningen Ärendesamordning & kansli
Koncernkontoret Västra Götalandsregionen
Telefon: 076-9402737
Epost: stefan.westling.didrik@vgregion.se

Protokoll från regionstyrelsen, 2019-03-05

§ 62

Yttrande över remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)

Diarienummer RS 2019-00573

Beslut

1. Regionstyrelsen beslutar att i upprättat förslag till yttrande under sammanfattning av ärendet, första stycket, lägga till ”Västra Götalandsregionen framhåller att det är viktigt att beakta det pågående arbetet med omställningen inom sjukvården, och behovet av framtida specialiteter i förhållande till detta”
2. Regionstyrelsen yttrar sig i övrigt över remissen Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter, enligt upprättat förslag till yttrande.

Sammanfattning av ärendet

Västra Götalandsregionen har beretts möjlighet att lämna synpunkter på remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77) Västra Götalandsregionen ställer sig positiva till att utredningen ytterst fokuserar på att skapa en infrastruktur för att stärka både specialistutbildningen och den specialistutbildade sjuksköterskans yrkesroll i framtidens hälso- och sjukvård. Förslagen i betänkandet leder samlat till nya roller och fler utbildningsmöjligheter för den specialistutbildade sjuksköterskan vilket ökar såväl förutsättningarna för ett livslångt lärande som attraktiviteten för yrket.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 190201
- Förslag till remissyttrande
- Protokollsutdrag från personalutskottet 190212 § 8

Skickas till

- u.remissvar@regeringskansliet.se, ange diarienummer U2018/04219/UH

Samt för kännedom till:

- Ann Söderström, ann.soderstrom@vgregion.se
- Marina Olsson, marina.r.olsson@vgregion.se
- Jan Kilhamn, jan.kilhamn@vgregion.se
- Heidi Ström, heidi.strom@vgregion.se
- Styrelsen för sjukhusen i väster, sjukhusen.vaster.styrelsen@vgregion.se

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från regionstyrelsen, 2019-03-05

- NU-sjukvården, nusjukv.kansli@vgregion.se
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, sahlgrenska.universitetssjukhuset@vgregion.se
- Skaraborgs sjukhus Skövde, diariet.skas@vgregion.se
- Södra Älvsborgs sjukhus, sas@vgregion.se
- Gunilla Length Persson för vidare utskick till HR-chefer och beredningsgruppen för kompetensförsörjning, gunilla.length-persson@vgregion.se

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

Remissyttrande
Datum 2019-02-01
Diarienummer RS 2019-00573

Utbildningsdepartementet

Remissyttrande för betänkande - Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter

Västra Götalandsregionen har beretts möjlighet att lämna synpunkter på Remiss av betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77)

Västra Götalandsregionen ställer sig positiva till att utredningen ytterst fokuserar på att skapa en infrastruktur för att stärka både specialistutbildningen och den specialistutbildade sjuksköterskans yrkesroll i framtidens hälso- och sjukvård. Förslagen i betänkandet leder samlat till nya roller och fler utbildningsmöjligheter för den specialistutbildade sjuksköterskan vilket ökar såväl förutsättningarna för ett livslångt lärande som attraktiviteten för yrket. Västra Götalandsregionen framhåller att det är viktigt att beakta det pågående arbetet med omställningen inom sjukvården, och behovet av framtida specialiteter i förhållande till detta.

Västra Götalandsregionen vill framhålla följande synpunkter:

1. Ny examensbeskrivning för specialistsjuksköterskeutbildning

Förslaget till en förändrad specialistsjuksköterskeexamen innebär att examen ska utgöras av en yrkesexamen på avancerad nivå med en omfattning av 60 högskolepoäng. Vidare ska liksom i dag ställas krav på legitimation som sjuksköterska som Socialstyrelsen har utfärdat. Om inte annat särskilt föreskrivs, får en sjuksköterska använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen endast om han eller hon har avlagt en sådan examen.

- Västra Götalandsregionen anser att specialistsjuksköterskeexamen ska ge både en yrkes- och en magisterexamen i omvårdnad enligt nuvarande examensbeskrivning. Examen på magisternivå efterfrågas av arbetsgivaren och är en examen som finns i andra jämbördiga utbildningar t.ex. lärare- och ingenjörsutbildningar. Det är fler kvinnor än män utbildar sig mot en specialistsjuksköterskeexamen. Förslaget ger som resultat en kvinnodominerad avancerad utbildning som mister rätten till magisterexamen. Både ur ett arbetsgivarperspektiv och ur ett genusperspektiv är detta inte önskvärt.

Ansvaret för sjuksköterskors specialisering ska fortsatt vara statens ansvar och bedrivs i form av högskoleutbildning vid universitet och högskolor.

Utredningen redovisar fyra olika modeller (A–D) för utformning av specialistsjuksköterskeexamen. Västra Götalandsregionen har följande synpunkter:

Modell C ses som det mest gångbara av de presenterade alternativen. Det kan innebära att nya och mer behovsanpassade utbildningar kan komma till stånd.

Datum 2019-02-01
Diarienummer RS 2019-00573

2 (4)

Modell C innebär att de tre inriktningarna intensivvård, anestesi- och operationssjukvård finns kvar tillsammans med en fjärde öppen inriktning som får ett mindre antal styrande mål. Det resterande innehåll och inriktning får varje lärosäte ansvara för. Förslaget innebär att nuvarande inriktningar fortfarande kan ges om det finns behov av dem.

Västra Götalandsregionen anser det positivt att de tre angivna områden för specialisering som syftar till att upprätthålla den nödvändiga kompetensen som behövs i samhället inom områdena akutsjukvård, operationssjukvård och intensivvård finns kvar, men är tveksamma till om verksamheterna är mogna för en fjärde öppen inriktning med ett mindre antal styrande mål. För detta fordras ett gediget kompetenskartlägningsarbete i regionens förvaltningar och krav på betydligt större och omfattande samverkan med regionens lärosäten.

Det finns risker när det gäller en fjärde öppen inriktning med ett mindre antal styrande mål och vars resterande innehåll och inriktning varje lärosäte får ansvara för. I Västra Götaland finns fyra lärosäten och det finns en risk att den fjärde inriktningen i högre grad utformas utifrån lärosätens förutsättningar och intresse snarare än utifrån hälso- och sjukvårdens behov. Därtill kan det bli stora skillnader på indelning och innehåll mellan olika lärosäten och specialistutbildningar skapas som inte blir nationellt gångbara.

2. **Krav på särskild behörighet för tillträde till specialistsjuksköterskeutbildningen**

Västra Götalandsregionen anser inte det är befogat att ta bort möjligheten att ställa krav på särskild behörighet för specialistsjuksköterskeexamen. Arbetslivserfarenhet skall vara ett krav för att sjuksköterskan skall ha kunskap och känna trygghet i sin yrkesroll och är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Västra Götalandsregionen anser att utredningen saknar goda argument för att ta bort kravet på yrkeserfarenhet som särskild behörighet för specialistsjuksköterskeexamen.

3. **Avancerad klinisk specialistsjuksköterska**

En ny yrkesexamen på 120 hp föreslås införas som ska ligga till grund för legitimation som Avancerad klinisk specialistsjuksköterska (AKS). Här anges generella examensmål, vilket gör att område för specialisering inte regleras. Kraven för tillträde till utbildningen kommer att vara legitimerad sjuksköterska med en tvåårig påbyggnad på avancerad nivå. Utredningen föreslår att AKS ska regleras som ett ensamrättsyrke i likhet med läkare och barnmorskor.

Västra Götalandsregionen ställer sig positiv till en ny yrkesexamen på avancerad nivå omfattande 120 hp som ska ligga till grund för en Avancerad Klinisk Specialistsjuksköterska (AKS). Västra Götalandsregionen anser dock inte det motiverat att AKS regleras som ett ensamrättsyrke och anser inte att en andra legitimation utöver sjuksköterskelegitimationen ska införas för AKS.

För att AKS skall få genomslag krävs kulturella förändringar som ger acceptans för en ny yrkesroll. AKS blir en naturlig del av uppgiftsväxling och karriärutvecklingsmodellen för sjuksköterskor i Västra Götalandsregionen.

Datum 2019-02-01
Diarienummer RS 2019-00573

3 (4)

4. **Krav på fortbildning i lagstiftning**

Utredningens förslag innefattar krav på systematisk och fortlöpande fortbildning för AKS, specialistsjuksköterskor, barnmorskor samt röntgensjuksköterskor. Detta innebär förändringar i HSL samt att Socialstyrelsen ska bemyndigas att meddela föreskrifter. Utredaren hänvisar till Yrkeskvalifikationsdirektivet (YKD). Västra Götaland anser att kravet på systematisk och fortlöpande fortbildning är bra för alla parter. Den formella- och den reella kompetensen i förhållande till vetenskapen där fortbildningen utgör en del, måste efterfrågas av arbetsgivaren och ha betydelse för karriärutvecklingen för yrkesutövarna. En ökad reglering skulle bidra till både ökad patientsäkerhet och ökad attraktivitet för sjuksköterskeyrket. För detta krävs att arbetsgivaren har goda kompetenskartläggningsverktyg för identifiering och systematik. Systematisk och fortlöpande utbildning skall gälla för alla yrkeskategorier

5. **VULF-avtal (Vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning)**

Utredaren föreslår att ett avtal motsvarande det så kallade ALF-avtalet ska ingås mellan staten och vårdgivare för utbildningar som leder till specialistsjuksköterskeexamen och AKS samt för vårdvetenskaplig forskning. Därutöver ska avtalet reglera statens ersättning till vårdgivarnas åtaganden att medverka i specialistsjuksköterske- och avancerad klinisk utbildning samt för den vårdvetenskapliga forskningen. Grundutbildningen till sjuksköterska skulle enligt förslaget inte finnas med i avtalet. Västra Götalandsregionen välkomnar en ökad finansiering av verksamhetsförlagd utbildning då ersättningsnivåerna idag inte motsvarar de kostnader regionen har för verksamhetsförlagd utbildning. Ökade forskningsanslag skulle möjliggöra ytterligare utveckling och förbättrad utbildningskapacitet inom området. Gränsdragningen att inte omfatta grundutbildning är tveksam.

6. **Ökat antal fristående kurser**

Västra Götalandsregionen anser förslaget positivt gällande öronmärkta medel för fler fristående kurser inom ramen för högskolans utbud för att möjliggöra vidareutbildning när det finns behov av det. Dessa kurser bör tas fram i nära samverkan med avnämarna. Kurserna skulle även kunna ingå i de olika specialistsjuksköterskeprogrammen. Innehållet i kurserna ska vara avpassat så att utvecklingen inom vården följs. Kurserna bör variera i omfattning mellan kortare kurser om 7,5–15 högskolepoäng till längre kurser om 30 högskolepoäng eller mer.

7. **Förenade anställningar**

Västra Götalandsregionen är positiva till förslaget om förenade anställningar och ser en betydande efterfrågan i verksamheterna. Intresset är stort även från specialistsjuksköterskor i regionen. Förenade anställningar har betydelse för att stärka upp den verksamhetsförlagda utbildningen. Västra Götalandsregionen anser det viktigt att en förenad anställning får innehas bara av den som uppfyller behörighetskravet för båda anställningarna. Innan någon anställs som lärare skall sjukvårdshuvudmannen ges tillfälle att yttra sig i ärendet, om anställningen ska vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet.

Datum 2019-02-01
Diarienummer RS 2019-00573

4 (4)

8. **Samverkan**

Det finns behov av att ytterligare formalisera samverkan för specialistsjuksköterskeutbildningen på regional och nationell nivå. Västra Götaland ställer sig bakom förslaget att det ska inrättas ett nationellt samverkansråd inom Regeringskansliet för strategiska frågor om samverkan mellan staten och huvudmännen som rör kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Dock anser vi att målgruppen för det nationella samverkansrådet inte enbart ska omfatta sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, barnmorskor och röntgensjuksköterskor utan samtliga legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården.

Samverkansrådet ger regeringen möjlighet att fortlöpande få information i frågor om kompetensförsörjningen för nämnda yrkesgrupper men även om utbildningsfrågor som dimensionering och kursutbud samt hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt.

Det är viktigt att beakta kommande förslag från uppdrag lämnat till Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet om samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.

Regionstyrelsen
Västra Götalandsregionen

Johnny Magnusson
Regionstyrelsens ordförande

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 8 april 2019 15:26
Till: KS/FSS Styrelsen FB; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Habiliteringochhälsa; PV Närhälsan; Skaraborgs Sjukhus FB; Säs; folktandvården info; Sjukhusen väster styrelsen FB; PV Närhälsan; info@rccvast.se; Anders Carlqvist; Jan Kilhamn; Anna Wallman; Anna Lindhé
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 20 mars 2019 - § 60 Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag, etapp 1 2019
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 20 mars 2019 - Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunde....pdf; Ordnat införande av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag, etapp 1 2019 .pdf; Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag etapp 1 2019.pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Koncernavdelning Ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Regionens Hus, Lockerudsvägen 12, 542 45 Mariestad
Västra Götalandsregionen

Telefon: 072-252 32 61

E-post: mari.e.nilsson@vgregion.se

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

§ 60

Ordnat införande etapp 1 2019

Diarienummer HS 2019-00058

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till ordnat införande 2019, etapp 1.
2. Regiongemensam introduktionsfinansiering av prioriterade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag för etapp 1 med upp till 28,7 mnkr 2019 tas ur hälso- och sjukvårdsstyrelsens utvecklingsanslag.
3. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2020 beslutas i samband med ordnat införande etapp 3 2019.
4. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2021 beslutas i samband med ordnat införande etapp 3 2020.

Sammanfattning av ärendet

Program- och prioriteringsrådet (PPR) har tagit fram ett förslag till ordnat införande 2019 etapp 1. I etappen föreslås att sex nya läkemedelsterapier prioriteras för ordnat införande med regiongemensam introduktionsfinansiering under drygt två år, till och med juni 2021. Introduktionsfinansiering avsätts med upp till 28,7 mnkr 2019. Prognosen för introduktionsfinansiering för de ingående läkemedlen och metoderna 2020 är 86,2 mnkr respektive 2021 50,1 mnkr. Inga metoder har prioriterats för introduktionsfinansiering i denna etapp. En del av de åtgärder som nominerats kommer att omhändertas på annat sätt.

Beredning

Förslaget bygger på nomineringar från verksamheter samt medicinska sektorsråd terapigrupper och regionala processägare i regionen samt aktuella kunskapsunderlag som presenterats i PPR. PPR har tagit fram ett samlat förslag till ordnat införande 2019 etapp 1.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2019-03-07
- Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2019, etapp 1

Skickas till

För genomförande:

- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård

För kännedom:

- Regionalt cancercentrum väst
- Program- och prioriteringsrådet
- Medicinska sektorsråd
- Läkemedelskommittén och terapigrupper
- Anders Carlqvist
- Jan Kilhamn

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

- Anna Wallman
- Anna Lindhé
- Leena Ekberg

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande

Datum 2019-03-07

Diarienummer HS 2019-00058

Västra Götalandsregionen**Koncernkontoret**

Handläggare: Anna Wallman, Anna Lindhé

Telefon: 0700-82 46 70, 0703-93 08 37

E-post: anna.wallman@vgregion.se,
anna.lindhe@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Ordnat införande etapp 1 2019**Förslag till beslut**

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner redovisat förslag till ordnat införande 2019, etapp 1.
2. Regiongemensam introduktionsfinansiering av prioriterade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag för etapp 1 med upp till 28,7 mnkr 2019 tas ur hälso- och sjukvårdsstyrelsens utvecklingsanslag.
3. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2020 beslutas i samband med ordnat införande etapp 3 2019.
4. Introduktionsfinansiering av redovisade läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2021 beslutas i samband med ordnat införande etapp 3 2020.

Sammanfattning av ärendet

Program- och prioriteringsrådet (PPR) har tagit fram ett förslag till ordnat införande 2019 etapp 1. I etappen föreslås att sex nya läkemedelsterapier prioriteras för ordnat införande med regiongemensam introduktionsfinansiering under drygt två år, till och med juni 2021. Introduktionsfinansiering avsätts med upp till 28,7 mnkr 2019. Prognosen för introduktionsfinansiering för de ingående läkemedlen och metoderna 2020 är 86,2 mnkr respektive 2021 50,1 mnkr. Inga metoder har prioriterats för introduktionsfinansiering i denna etapp. En del av de åtgärder som nominerats kommer att omhändertas på annat sätt.

Fördjupad beskrivning av ärendet**Bakgrund**

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

Datum 2019-03-07
Diarienummer HS 2019-00058

2 (4)

implementering samt uppföljning. Från och med 2018 beslutas om ordnat införande tre gånger per år.

Förslag etapp 1 2019

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

Förslaget utgår ifrån nomineringar från verksamheter, medicinska sektorsråd terapigrupper samt regionala processägare som inkommit till etapp 1 2019 samt aktuella nationella och regionala medicinska kunskapsunderlag. PPR har med hjälp av två beredningsgrupper, en för läkemedel och en för metoder och kunskapsunderlag, utarbetat ett samlat förslag.

Sedan 2015 finns en nationell samverkansmodell för läkemedel. Landstingens samverkan omfattar framtagande av gemensamma underlag, avtal med läkemedelsföretag samt rekommendationer från NT (Nya Terapier)-rådet till landstingen om ordnat införande av nya läkemedel. I *Handlingsplan för utveckling av ordnat införande*, beslutad av hälso- och sjukvårdsstyrelsen 2017-11-29, §322, tydliggörs regionens process ska förhålla sig till NT-rådets rekommendationer.

Till etappen nominerades 22 nya läkemedelsterapier, metoder och kunskapsunderlag. Av dessa föreslås ett ordnat införande med introduktionsfinansiering för sex läkemedel, enligt tabellen nedan. De utgör de läkemedel, metoder och kunskapsunderlag som fått prioritet 1 och 2 enligt modellen för rangordning.

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

Läkemedel/metod/kunskapsunderlag	Prio	Introduktionsfinansiering, mnkr		
		2019	2020	2021 jan-juni
Läkemedel				
Imfinzi (durvalumab), lungcancer*	2			
Keytruda (pembrolizumab), lungcancer*	2			
Opdivo (nivolumab), melanom*	2			
Zytiga (abirateron), prostatacancer*	2			
Xeljanz (tofacitinib), ulcerös kolit*	2			
Praluent (alirocumab), blodfettsänkare*	2	**	**	-
Summa:		28,7 mnkr	86,2 mnkr	50,1 mnkr

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

**) Finansieras via medel avsatta i tidigare etapp till och med juni 2020.

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

Datum 2019-03-07
Diarienummer HS 2019-00058

3 (4)

14 nomineringar bedöms ej uppfylla kriterier för att ingå i ordnat införande etapp 1 2019 alternativt att beslut skjuts upp då underlaget behöver kompletteras.

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

Finansiering och resurskonsekvenser av beslutet

Regiongemensam finansiering av introduktionen av ovan redovisade läkemedel/indikationer, metoder och kunskapsunderlag föreslås ske under drygt två år, till och med juni 2021 om inget annat anges. De tillkommande kostnaderna för förslaget beräknas uppgå till 28,7 mnkr 2019, 86,2 mnkr 2020 och 50,1 2021 med utgångspunkt från förväntade aktuella patientvolymen. I beräkningar av kostnader för 2019 har hänsyn tagits till att 40 % av återbäringen för receptläkemedel som fås i efterhand från läkemedelsföretag ska tillfalla staten.

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

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

Efter att introduktionsfinansieringen upphör tas finansieringsansvaret för de prioriterade läkemedlen, metoderna och kunskapsunderlagen över gemensamt av beställare och utförare i arbetet med vårdöverenskommelser och andra vårdavtal. Det är möjligt att ovan prioriterade åtgärder medför ett större/mindre finansieringsbehov i vårdöverenskommelserna/vårdavtalen än det beräknade beloppet. Det är viktigt att beställare och utförare arbetar proaktivt och kontinuerligt med utmönstring av läkemedel och metoder samt med att effektivisera sina processer för att skapa ekonomiska förutsättningar för att ta över finansieringsansvaret efter att introduktionsfinansieringen upphör.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har den 24 oktober 2018 gett hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att se över finansieringsprinciperna för ordnat införande, inklusive regionuppdrag, samt utvecklingsanslaget. Utredningen ska särskilt fokusera på att skapa bättre förutsättningar inför att introduktionsfinansiering från hälso- och sjukvårdsstyrelsen upphör. Uppdraget Finansieringsprinciper för ordnat införande, rapporteras tillbaka till hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-01-30, § 16.

Genomförande av beslut

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

Datum 2019-03-07
Diarienummer HS 2019-00058

4 (4)

Beredning

Förslaget bygger på nomineringar från verksamheter samt medicinska sektorsråd terapigrupper och regionala processägare i regionen samt aktuella kunskapsunderlag som presenterats i PPR. PPR har tagit fram ett samlat förslag till ordnat införande 2019 etapp 1.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Avdelningschef Kunskapsstöd

Bilaga

- Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag 2019, etapp 1

Beslutet skickas till

För genomförande:

- Samtliga utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård

För kännedom:

- Regionalt cancercentrum väst
- Program- och prioriteringsrådet
- Medicinska sektorsråd
- Läkemedelskommittén och terapigrupper
- Anders Carlqvist
- Jan Kilhamn
- Anna Wallman
- Anna Lindhé
- Leena Ekberg

Bilaga 1

Datum 2019-01-25

Diarienummer HS 2018-00058

Ordnat införande etapp 1 2019: Analys av nya läkemedel, metoder och kunskapsunderlag

Nya läkemedel/indikationer

18 nya läkemedel/indikationer nominerades till etapp 1 2019. Under beredningen har 11 av de 18 nomineringarna bedömts inte uppfylla kriterierna för att ingå i ordnat införande-processen alternativt att beslut behöver skjutas upp till kommande etapp eftersom ytterligare underlag ska inväntas. Rangordning redovisas därmed för sex läkemedel/indikationer vilka alla fått rangordning 2.

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

- **Imfinzi (durvalumab) för behandling av icke småcellig lungcancer (NSCLC) stadium III som är positiva för PDL1 (uttryck > 1%) och som har behandlats med kombinerad radiokemoterapi och är utan progress vid första utvärdering**

Imfinzi är ytterligare ett nytt immunonkologiskt läkemedel i gruppen PD1-/PDL1-hämmare. Det är avsett för behandling av en viss typ av lungcancer som har spritt sig i lungan och som inte kan avlägsnas med operation. Sjukdomens svårighetsgrad bedöms som mycket hög. Det vetenskapliga underlaget för den kliniska effekten är måttligt starkt och i nyckelstudien visades en statistiskt signifikant fördel för Imfinzi jämfört med placebo avseende förlängd överlevnad och progressionsfri överlevnad. Effekten bedöms som god och risken med behandlingen som måttlig.

Imfinzi omfattas av nationell samverkan för ordnat införande av nya läkemedel. TLV har inom ramen för sitt klinikläkemedelsuppdrag tagit fram ett hälsoekonomiskt kunskapsunderlag. Utifrån TLVs underlag och de upphandlade priserna har NT-rådet bedömt att kostnaden är rimlig i förhållande nyttan. NT-rådets rekommendation till landstingen är att Imfinzi kan användas vid den aktuella indikationen. Imfinzi har varit föremål för en nationell upphandling och VGR har tecknat avtal som innebär att en del av kostnaden återbetalas i efterhand. Kostnaden är konfidentiell enligt avtal. I VGR prognostiseras ca 45 patienter per år bli aktuella för behandling. De tillkommande kostnaderna beräknas till ■ mnkr vilket innebär en risk för undanträngning av annan vård.

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

2 (9)

- **Keytruda (pembrolizumab) i kombination med platinabaserad kemoterapi och pemetrexed som första linjens behandling av metastaserad NSCLC av icke-skivepiteltyp hos vuxna vars tumörer inte är positiva för mutationer i EGFR eller ALK**

PD1-hämmaren Keytruda är sedan tidigare införd som behandling för vissa patienter med spridd lungcancer som tidigare inte behandlats, ”första linjens behandling”. Den nu aktuella indikationen innebär att Keytruda kan användas för en utvidgad patientgrupp i kombination med annan kemoterapi. I nyckelstudien visades en fördel avseende förlängd överlevnad vid tillägg av Keytruda jämfört med endast kemoterapi. Effekten bedöms som god, risken som måttlig och det vetenskapliga underlaget som måttligt starkt. Ett påpekande är dock att i studien inkluderades enbart patienter med god fysisk funktionsförmåga (performance status (PS) 0 och 1). Ett införande enligt nomineringen, även till vissa patienter med en sämre funktion (PS 2), förutsätter därför att särskilt vikt läggs på bedömning av den enskilda patientens möjlighet att få nytta av behandlingen på basen av tillgänglig evidens.

Keytruda omfattas av nationell samverkan för ordnat införande av nya läkemedel. Utifrån hälsoekonomiskt underlag på en närliggande indikation, en bedömning av relativ effekt och säkerhet för den nya behandlingen samt avtalspriset har NT-rådet bedömt att kostnaden är rimlig i förhållande nyttan. NT-rådets rekommendation till landstingen är att Keytruda kan användas vid den aktuella indikationen. Efter en nationell upphandling har VGR tecknat avtal som innebär att en del av kostnaden återbetalas i efterhand. Kostnaden är konfidentiell enligt avtal. Cirka 80 patienter per år prognostiseras bli aktuella för behandling utifrån den nya indikationen. De tillkommande kostnaderna beräknas till ■ mnkr vilket innebär en risk för undanträngning av annan vård. Efter en introduktionsperiod kommer dock behandling i första linjen medföra att den behandling som ges idag, med samma typ av läkemedel, i senare stadier av sjukdomen minskar, vilket medför vissa bortfallande kostnader på sikt.

- **Opdivo (nivolumab) som monoterapi för adjuvant behandling av vuxna efter total resektion av melanom, som involverat lymfkörtlar eller som har metastaserat.**

PD1-hämmare, som Opdivo, används sedan tidigare för behandling av spridd melanom. Den nya indikationen innebär att Opdivo ska ges under ett år som återfallsförebyggande behandling vid vissa stadier av melanom som fullständigt avlägsnats genom operation, så kallad adjuvant behandling. Återfallsrisken är hög och sjukdomens svårighetsgrad bedöms som mycket hög. Det vetenskapliga underlaget för att behandlingen minskar risken för återfall är måttligt starkt. Effekten bedöms som måttlig och risken som låg.

Opdivo omfattas av nationell samverkan för ordnat införande. Utifrån TLVs hälsoekonomiskt kunskapsunderlag och de upphandlade priserna har NT-rådet bedömt behandlingen kan betraktas som kostnadseffektiv

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

3 (9)

och NT-rådets rekommendation till landstingen är att Opdivo bör införas vid adjuvant behandling av melanom. Efter en nationell upphandling har VGR tecknat avtal som innebär att en del av kostnaden återbetalas i efterhand. Kostnaden är konfidentiell enligt avtal. 50-60 patienter per år bedöms bli aktuella för behandling. De tillkommande kostnaderna beräknas till ■ mnkr vilket innebär en risk för undanträngning av annan vård.

- **Zytiga (abirateron) vid nydiagnosticerad högrisk metastaserad hormonkänslig prostatacancer (mHSPC) hos vuxna män i kombination med androgendeprivationsterapi (ADT), när docetaxel inte är lämpligt.**

Införande avser behandling med Zytiga för en ny patientgrupp med prostatacancer, vissa patienter i det tidiga sjukdomsskedet där sjukdomen fortfarande svarar på hormonbehandling. I nyckelstudien sågs en lägre risk för död och sjukdomsprogressen när Zytiga lades till grundbehandlingen. Det vetenskapliga underlaget bedöms som måttligt starkt. Patientgruppen som inte tolererar docetaxel ingår i studien men är inte särredovisad. Effekten bedöms som god och risken som måttlig.

Zytiga omfattas av nationell samverkan för ordnat införande. TLV har bedömt att kostnaden för Zytiga är rimlig i förhållande till nyttan när docetaxel inte är lämpligt som behandling, och beslutat att läkemedlet ska ingå i förmånen med denna begränsning. Docetaxel är en alternativ behandling, med likvärdig effekt och ett betydligt lägre pris, som dock är förknippad med svåra biverkningar och tolereras inte av alla patienter. NT-rådet rekommenderar landstingen att använda Zytiga i enlighet med TLVs förmånsbeslut. Zytiga har i samband med förmånsbeslutet varit föremål för prisöverläggningar mellan TLV, landstingen och företaget. VGR har tecknat avtal om återbäring med läkemedelsföretaget. Läkemedelskostnaden är konfidentiell enligt avtal. När behandlingen är fullt införd prognostiseras ca 160 patienter behandlas. De tillkommande årskostnaderna beräknas till ■ mkr.

- **Xeljanz (tofacitinib) vid ulcerös kolit, sista linjens läkemedel, efter behandlingssvikt på TNF-hämmare och vedolizumab (Entyvio), innan operation.**

Xeljanz är en ny typ av läkemedel och har indikation för behandling den inflammatoriska tarmsjukdomen ulcerös kolit. Läkemedlet är tänkt att användas när idag tillgängliga läkemedelsbehandlingar inte ger ett tillräckligt behandlingssvar eller har förlorat sin effekt. Förhoppningen med ytterligare ett behandlingsalternativ är att kunna minska antalet patienter som behöver kirurgisk behandling (kolektomi). Sjukdomens svårighetsgrad bedöms som hög. Behandling med Xeljanz har i studier visat sig öka andelen patienter som når remission av sjukdomen jämfört med placebo. Effekten är måttlig och risken med behandlingen bedöms också som måttlig.

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

4 (9)

Xeljanz ingår i läkemedelsförmånerna vid den aktuella indikationen. I samband med tidigare förmånsbeslutet har överläggningar hållits mellan TLV, landstingen och läkemedelsföretaget vilket resulterat i ett avtal om återbäring som VGR har tecknat avtal med företaget. Läkemedelskostnaden är konfidentiell enligt avtal. När behandlingen är fullt införd prognostiseras ca 50 patienter behandlas. De tillkommande årskostnaderna beräknas till ■ mkr.

- **Praluent (alirocumab) för patienter som behandlas efter hjärtinfarkt (sekundärprevention), och som trots maximal tolererbar behandling med statin och ezetimib har LDL-kolesterol på 4,0 mmol/l eller högre**
Praluent är ett blodfettsänkande läkemedel med liknande målgrupp och verkningsmekanism som Repatha (evolokumab). Enligt beslut om ordnat införande, etapp 1 2018, omfattas Repatha redan av introduktionsfinansiering vid användning på nominerad indikation. Baserat på nyligen publicerade studier för Praluent bedöms de båda läkemedlen nu som likvärdiga i regionens rangordningsmodell, rangordning 2

Praluent och Repatha omfattas av nationell samverkan om ordnat införande. Den nominerade indikationen omfattas av läkemedelsförmånerna och i samband med förmånsbeslut har ett avtal om återbäring tagits fram som VGR har tecknat med företaget. I dagsläget rekommenderar NT-rådet att i valet mellan Repatha och Praluent i första hand välja Repatha som är det mest kostnadseffektiva alternativet. När det finns medicinska skäl att inte använda Repatha kan Praluent vara ett alternativ. Introduktionsfinansieringen som är avsatt för Repatha, till och med juni 2020, kan användas även för Praluent men NT-rådets rekommendation om preparatval ska följas. Totalt bedöms ca 280 patienter bli aktuella för behandling med dessa läkemedel för den här aktuella patientgruppen vilket innebär tillkommande kostnader på ca ■ mnkr.

12 läkemedel som nominerats till etapp 1 som inte bedöms uppfylla kriterierna för att ingå i Ordnat införande-processen alternativ där beslut skjuts upp i väntan på ytterligare underlag:

- **Keytruda (pembrolizumab) som monoterapi för adjuvant behandling av vuxna efter total resektion av melanom, som involverat lymfkörtlar eller som har metastaserat**
Vid tidpunkt för nominering var Keytruda inte godkänt för användning på den aktuella indikationen. Nomineringen uppfyller därmed inte kriterierna för att ingå i etapp 1 2019.
- **Tafinlar + Mekinist (dabrafenib + trametinib) som adjuvant behandling av vuxna patienter med melanom stadie III med en BRAF V600-mutation, efter fullständig resektion. Patienter som ej kan erhålla immunterapi på grund av kontraindikationer.**

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

5 (9)

Behandlingen har analyserats av beredningsgruppen i aktuell etapp men hälsoekonomisk bedömning från TLV saknas. Beslutet skjuts därmed upp i väntan på TLVs besked om aktuell indikation ska ingå i läkemedelsförmånerna.

- **Perjeta (pertuzumab), i kombination med trastuzumab och kemoterapi som adjuvant behandling av vuxna patienter med HER2-positiv tidig bröstcancer med hög risk för återfall. Enligt produktresumén definieras hög risk för återfall som närvaro av lymfkörtelpositiv (N+) eller hormonreceptornegativ (HR-) sjukdom.**
NT-rådets rekommendation till landstingen är att inte använda Perjeta som adjuvant behandling vid HER-2-positiv tidig bröstcancer. Åtgärdens effektstorlek är liten för patientgruppen som helhet och kostnaden bedöms inte rimlig i relation till nyttan. Enligt principerna för hantering av läkemedel som omfattas av nationell samverkan i regionens ordnat införande-process är behandlingen därmed inte aktuell för införande i VGR. Behandlingen har även analyserats av beredningsgruppen i aktuell etapp och fått rangordning 3.
- **Qarziba (dinutuximab beta) vid:**
 1. **Barn >12 månader med högrisk-neuroblastom, som behandlas enligt aktuellt internationellt behandlingsprotokoll mot högrisk-neuroblastom och genomgått induktionsbehandling med cytostatika med minst partiell respons och därefter högdos cytostatikabehandling med autolog stamcellstransplantation.**
 2. **Barn med relaps av eller refraktärt neuroblastom och stabilt sjukdomstillstånd efter annan lämplig behandling**
Behandlingen har analyserats av beredningsgruppen i etapp 1 2018. Kostnaden per patient är dock mycket hög och hälsoekonomiskt underlag saknas för att bedöma om kostnaden är rimlig i förhållande till nyttan. VGR har därför nominerat Qarziba till NT-rådet för ställningstagande om läkemedlet bör omfattas av nationell samverkan. Innan vi går vidare regionalt inväntas besked från NT-rådet.
- **Yescarta (axikabtagenciciloleucel) för behandling av vuxna patienter med recidiverat eller refraktärt diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) och primärt mediastinalt storcelligt B-cellslymfom (PMBCL), efter två eller fler linjer av systemisk terapi**
- **Kymriah (tisagenlesleucel) för pediatrika och unga vuxna patienter upp till 25 års ålder med akut lymfatisk B-cellsleukemi (ALL) som är refraktär, recidiverande efter transplantation eller vid andra eller senare recidiv**
- **Kymriah (tisagenlesleucel) vuxna patienter med recidiverande eller refraktärt diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) efter två eller flera linjer av systemisk behandling**
De tre ovanstående läkemedlen/indikationerna avser behandling med chimär antigenreceptor-T-cellbaserad immunterapi, "CAR-T". Läkemedlen består av patientens egna celler som förändrats i laboratorium. De modifierade cellerna, CAR-T-cellerna, känner igen proteinet CD19, som finns på B-cellers liksom tumörcellers yta. När CAR-T-celler binder till CD19 leder det till att cellen som uttrycker CD19 dör.

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

6 (9)

Nomineringen är gjord av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och behandlingen kommer endast ske på vissa utvalda centra i Sverige. RCC i samverkan har tillsatt en särskild nationell arbetsgrupp för CAR-T. Behandlingsprincipen är lovande för en sjukdom med mycket hög svårighetsgrad, men innebär en komplex hantering och behandlingen är förknippad med höga biverkningsrisker. I nuläget saknas data från kontrollerade studier. Sammantaget är tillgänglig dokumentation otillräcklig för att behandlingen ska prioriteras för ett införande i klinisk rutin enligt regionens rangordningsmodell för ordnat införande. Ett införande skulle innebära betydande kostnader och en påtaglig risk för undanträngning av annan vård. Tillkommande kostnad beräknas preliminärt till 48-68 mnkr årligen vid behandling av ca 14 VGR-patienter per år. Kostnaderna avser läkemedelskostnad (ca 3,5 mkr/patient), vårdplatser och personal på vuxensidan, förstärkning av bemanning barnsidan samt aferes, stamcellslab, IVA-vård m.m.

Det är med dagens kunskap svårt att bedöma vilket kliniskt mervärde som CAR-T slutligen skapar i praktisk sjukvård, hur riskerna för patienten ska hanteras och hur de omfattande stödfunktionerna som CAR-T förutsätter ska etableras, samordnas och finansieras. CAR-T omfattas av nationell samverkan för ordnat införande men NT-rådet har ännu inte avgett någon rekommendation. Med anledning av ovanstående skjuts beslut om ordnat införande upp.

- **Victoza (liraglutid) vid typ 2 diabetes med etablerad hjärtsjukdom där SGLT-2-hämmare inte är användbart på grund av biverkningar eller kontraindikation.**
Nomineringen bedöms inte uppfylla kriterier för att ingå i ordnat införande processen eftersom behandlingen redan är införd i befintliga behandlingsrekommendationer. I REKlistan 2018 anges att Victoza är lämpligt som behandling vid diabetes typ 2 och etablerad hjärt-kärlsjukdom.
- **Saxenda (liraglutid) vid grav fetma (ca 100 patienter som behandlas vid Regionalt Obesitascentrum i VGR vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset)**
Ordnat införande-processen avser att prioritera läkemedel för införande i rutinsjukvård i regionen. Eftersom Saxenda inte omfattas av läkemedelsförmånen i dagsläget finns inte förutsättningar för ett införande i rutinsjukvård.
- **Natpar (paratyroideahormon, PTH (1-84)) för behandling av patienter med hypoparatyroidism, såväl medfödd som postoperativ.**
Eftersom Natpar inte omfattas av läkemedelsförmånen i dagsläget finns inte förutsättningar för ett införande i rutinsjukvård.
- **Angusta (misoprostol) för kvinnor med behov av induktion (igångsättning) av förlossning med medikamentell metod, till exempel på grund av tillväxthämmat barn, preeklampsi, diabetes mellitus, tvillinggraviditet eller psykisk ohälsa**

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

7 (9)

Substansen misoprostol används sedan tidigare ”off label” vid den aktuella indikationen. Eftersom behandlingen inte är ny uppfyller nomineringen inte kriterierna för att utvärderas. Frågan får hanteras utanför ordnat införande-processen. Ett införande av Augusta ”on label” innebär vissa praktiska fördelar men även en merkostnad på ca 1,5 mkr.

- **Xarelto (rivaroxaban) vid perifer artärsjukdom**

Nomineringen avser ett införande av behandling via sjukhusens kärlikirurgiska enheter för patienter med symptomgivande perifer artärsjukdom (benartärsjukdom, ej carotissjukdom) och endast för de patienter som efter en individuell analys bedöms få nytta av behandlingen i förhållande till risken för blödningar. För att kunna ta ställning till ett regionalt ordnat införande behöver det ytterligare utredas vilka patienter som bör få tillgång till behandlingen, antalet patienter som blir aktuella för behandling samt var behandlingen ska ges. Beslut skjuts upp och behandlingen kan nomineras igen till kommande etapp.

Nya metoder och kunskapsunderlag

Tre metoder och ett kunskapsunderlag innehållande metoder inom tre områden nominerades till etapp 1 2019. Två metoder bedöms inte uppfylla kriterierna för att ingå i etappen. En metod samt de tre metoderna som ingår i kunskapsunderlaget får rangordning 3 och prioriteras inte för introduktionsfinansiering. Därmed föreslås inga metoder ingå i etapp 1 2019 med introduktionsfinansiering. En del av de åtgärder som nominerats för ordnat införande kommer att omhändertas på annat sätt.

Metoderna som genomgått fördjupad analys, men som i prioriteringsmodellen fått rangordning 3 är:

- **Robot-assisterad radikal cystektomi vs öppen kirurgi vid blåscancer**
Kirurgisk borttagning av urinblåsan vid blåscancer utförs idag med öppen kirurgi. Med robotassisterad laparoskopisk teknik kan ingreppet utföras minimalinvasivt. Sjukdomens svårighetsgrad bedöms som hög. Det finns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att det inte föreligger några stora skillnader i sjukdomsprogression, allvarliga komplikationer eller livskvalitet efter 90 dagar då robotkirurgi jämförs med öppen kirurgi. Vinsterna med robotassisterad cystektomi jämfört med öppen kirurgi är marginella, men om befintlig robotkapacitet utnyttjas blir kostnaden inte så stor. Vid robotkirurgi var blödningarna mindre, operationstiden längre och vårdtiden marginellt kortare. Det finns en osäkerhet kring risken för lokala recidiv och portmetastaser. Det senare pekar på behov av fortsatta studier.
- **Nationella riktlinjer för Vård vid Stroke**
Rehabiliteringsinsatser inom tre områden: motorisk träning, språklig träning samt samtalsstöd/minnesträning/problemlösningsförmåga

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

8 (9)

De rehabiliterande insatser som prioriteras i Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer innebär ett förändrat arbetssätt för den personal som träffar personer som insjuknat i stroke. Följande tre områden har nominerats till etappen.

o **Motorisk träning: ADL (allmän daglig livsföring), uppgiftsspecifik träning**

Med insatser som modifierad CI-terapi (constraint therapy), olika former av uppgiftsspecifik träning och ADL-träning i hemmet, läggs ett större fokus på träning i reell miljö under längre och mer omfattande tidsperspektiv samt med högre intensitet. Tillståndens svårighetsgrad, avseende nedsatt ADL-förmåga i hemmet, nedsatt gångförmåga, nedsatt motorik i arm och hand, nedsatt motorisk förmåga efter stroke samt mer än ett år efter insjuknandet, varierar mellan måttlig och hög. Effekten av insatser som modifierad CI-terapi (constraint therapy), olika former av uppgiftsspecifik träning samt ADL-träning i hemmet varierar mellan liten, måttlig och god. Det finns ingen stor risk med behandlingen. Det vetenskapliga underlaget bedöms variera mellan måttligt starkt, begränsat och otillräckligt. Kostnadseffektiviteten bedöms rimlig för några insatser, men svårbedömd för andra. Efter sammanvägd bedömning av de olika metodernas effekter och evidensgrad vägt mot de olika tillståndens svårighetsgrad rangordnas området till 3. I Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2019 har verksamheternas uppdrag tydliggjorts utifrån nationella riktlinjer. Vikten av samverkan och krav på upprättande av rehabiliteringsplan tillsammans med patienten har förtydligats.

o **Språklig träning**

En fjärdedel av personer som insjuknat med stroke har kvarstående afasi, vilket innebär svårigheter när det gäller exempelvis att tala och skriva samt och förstå muntligt och skriftligt språk. Detta leder ofta till svårigheter att kommunicera med andra och att delta i sociala aktiviteter. Tillståndets svårighetsgrad, avseende afasi bedöms som högt. Att inte kunna kommunicera och göra sig förstådd har stor negativ påverkan på livskvalitén. Effekten av intensiv språklig träning och kommunikationspartnerträning för närstående bedöms vara måttlig. Det finns ingen risk med träningen som behöver beaktas. Det vetenskapliga underlaget för åtgärderna är begränsat och kostnadseffektiviteten går inte att bedöma på grund av avsaknad av vetenskaplig evidens. Eftersom effekterna av åtgärderna är måttliga och det vetenskapliga underlaget är begränsat rangordnas språklig träning till 3.

I Krav- och kvalitetsbok Vårdval Rehab 2019 ingår ersättning för Kommunikationspartnerträning med logoped i enlighet med den utvärdering av tilläggsuppdrag för neurovårdteam som genomförts.

o **Samtalsstöd/minnesträning/problemlösningsförmåga**

Samtalsstöd är en metod för behandling av emotionella och psykiska reaktioner, som depression, post-traumatiskt stressyndrom, ångest och ökad känslomhet, vilket är vanligt efter strokeinsjuknanden. Reaktionerna orsakas av såväl hjärnskada som anpassningen till en ny livssituation. Minnesstörningar tillhör de vanligaste kognitiva problemen

Datum 2018-01-25
Diarienummer HS 2018-00058

9 (9)

efter stroke. Kompensatoriska tekniker (olika hjälpmedel) används för att förbättra rehabilitering av minnesstörningar och innefattar flera olika åtgärder. Träning i kompensatoriska tekniker används även för påverkan på exekutiva funktioner och nedsatt problemlösningsförmåga, vilket är vanligt efter en stroke. Tillståndets svårighetsgrad bedöms som måttligt till högt och inga risker med åtgärderna är identifierade. Det vetenskapliga underlaget för bedömning av åtgärdernas effekt och nytta är otillräckligt, endast ett fåtal referenser existerar. Bedömningen är att metoderna inte uppfyller kraven för systematiskt införande och att det finns behov av ytterligare FoU inom fältet.

Nomineringar som inte uppfyller kriterierna för ordnat införande:

- Laparoskopiska kolektomier hos barn med inflammatorisk tarmsjukdom
Indikation: Akut kolit pga inflammatorisk tarmsjukdom som ej svarar på given medicinsk behandling. Istället för öppen kirurgi.
Merkostnaderna understiger 1 mnkr/år.
- MR-översikt ländrygg
Indikation: Utredning av ”ont i ryggen”, där strikt indikation för slätröntgen saknas. Överanvändande av utredningsmetoder och behandlingar som inte gagnar patienten.
Ofullständig ansökan. På sikt innebär metoden en besparing utan försämring av vårdkvalitet, passar utmärkt som ett förbättringsprojekt.

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 8 april 2019 15:46
Till: Skaraborgs Sjukhus FB; Rebecca Oscarsson; Anna Erlingsdotter Wass; Peter Amundin
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 20 mars 2019 - § 64 Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 20 mars 2019 - Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om re.....pdf; Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops .pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Koncernavdelning Ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Regionens Hus, Lockerudsvägen 12, 542 45 Mariestad
Västra Götalandsregionen

Telefon: 072-252 32 61

E-post: mari.e.nilsson@vgregion.se

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

§ 64

Svar på begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops

Diarienummer HS 2019-00117

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen avslår begäran om regional ersättning för ögonläkemedlet Cystadrops som inkommit från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Ögonläkemedlet Cystadrops har tidigare varit en del av förmånssystemet och förskrivits till patienter med sjukdomen cystinos, för att förebygga och minska inlagringen av kristaller i hornhinnan. Ett tjugotal patienter i Sverige har sjukdomen cystinos, och i Västra Götalandsregionen (VGR) har två patienter haft behandling med Cystadrops.

Under 2018 drog Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tillbaka Cystadrops från förmånssystemet, pga. tveksam effekt i förhållande till pris. I samband med detta fattade Sektorsrådet i ögonsjukdomar i VGR beslut om att följa TLV:s agerande och inte förskriva läkemedlet i väntan på ett nationellt ställningstagande i frågan.

Under sommaren 2018 fattade Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) beslut om att börja behandla en patient med Cystadrops, vilket man också finansierade inom den egna budgeten. Som följd av SU:s ställningstagande fick även patienten i SkaS upptagningsområde läkemedlet ombesörjt i syfte att hantera frågan lika inom VGR.

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus (SkaS) har inkommit med en begäran till hälso- och sjukvårdsstyrelsen om att få kompensation för kostnader (620 Tkr) för ögonläkemedlet Cystadrops.

Cystadrops uppfyller inte någon av de uppsatta kriterierna för att omfattas av någon av de centralt finansierade läkemedelsgrupperna; ordnat införande, solidarisk finansiering av extremt dyra läkemedel. Det finns dock möjlighet att förskriva läkemedlet inom ramen för den så kallade undantagshanteringen. Denna rutin gör det möjligt för behandlande läkare att i synnerligen angelägna fall förskriva det aktuella läkemedlet. Undantagshantering innebär samtidigt att det är den förskrivande verksamheten som bär kostnadsansvaret.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) anser inte att central finansiering av Cystadrops är motiverat och hänvisar till undantagshanteringen om det föreligger synnerligen angelägna medicinska behov.

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2019-03-08
- Begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops

Skickas till

För kännedom

- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- Rebecca Oscarsson
- Anna Erlingsdotter Wass
- Peter Amundin

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Tjänsteutlåtande
Datum 2019-03-08
Diarienummer HS 2019-00117

Västra Götalandsregionen
Koncernkontoret
Handläggare: Peter Amundin
Telefon: 070-6030538
E-post: peter.amundin@vgregion.se

Till hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Svar på Skaraborgs sjukhus begäran om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops

Förslag till beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutar att avslå begäran om regional ersättning för ögonläkemedlet Cystadrops som inkommit från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Sammanfattning av ärendet

Ögonläkemedlet Cystadrops har tidigare varit en del av förmånssystemet och förskrivits till patienter med sjukdomen cystinos, för att förebygga och minska inlagringen av kristaller i hornhinnan. Ett tjugotal patienter i Sverige har sjukdomen cystinos, och i Västra Götalandsregionen (VGR) har två patienter haft behandling med Cystadrops.

Under 2018 drog Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tillbaka Cystadrops från förmånssystemet, pga. tveksam effekt i förhållande till pris. I samband med detta fattade Sektorsrådet i ögonsjukdomar i VGR beslut om att följa TLV:s agerande och inte förskriva läkemedlet i väntan på ett nationellt ställningstagande i frågan.

Under sommaren 2018 fattade Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) beslut om att börja behandla en patient med Cystadrops, vilket man också finansierade inom den egna budgeten. Som följd av SU:s ställningstagande fick även patienten i SkaS upptagningsområde läkemedlet ombesörjt i syfte att hantera frågan lika inom VGR.

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus (SkaS) har inkommit med en begäran till hälso- och sjukvårdsstyrelsen om att få kompensation för kostnader (620 Tkr) för ögonläkemedlet Cystadrops.

Cystadrops uppfyller inte någon av de uppsatta kriterierna för att omfattas av någon av de centralt finansierade läkemedelsgrupperna; ordnat införande, solidarisk finansiering av extremt dyra läkemedel. Det finns dock möjlighet att förskriva läkemedlet inom ramen för den så kallade undantagshanteringen. Denna rutin gör det möjligt för behandlande läkare att i synnerligen angelägna fall

Datum 2019-03-08
Diarienummer HS 2019-00117

2 (3)

förskriva det aktuella läkemedlet. Undantagshantering innebär samtidigt att det är den förskrivande verksamheten som bär kostnadsansvaret.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) anser inte att central finansiering av Cystadrops är motiverat och hänvisar till undantagshanteringen om det föreligger synnerligen angelägna medicinska behov.

Fördjupad beskrivning av ärendet

Bakgrundsfakta:

Cystinos är en ovanlig ärftlig sjukdom. De vanligaste formerna drabbar njurarna, men kan också ge inlagringar i hornhinnan i ögat med symtom som ljuskänslighet och nedsatt synskärpa. Sjukdomen debuterar under tidiga barnaår, och leder obehandlad till total njursvikt. Man uppskattar att ca 1 av 200 000 barn drabbas av sjukdomen, och i Sverige idag finns ca 20-30 patienter med diagnosen. Livslång behandling är aktuell för att förebygga grav njursvikt, men denna behandling har ej effekt på ögonsymtomen. Sedan ett antal år finns ett läkemedel i dropppform för ögonbruk tillgängligt, Cystadrops, som skall hämma inlagringarna i hornhinnan och därmed ge mindre symtom i form av ljuskänslighet och synnedsättning.

I VGR finns det för närvarande två patienter som är aktuella för behandling med Cystadrops, en på SU och en på SkaS. Kostnaden för ett års behandling uppgår till ca 620 tkr per patient.

Begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus motiveras bland annat med att HSS i tidigare i särskilda fall gått in med riktade bidrag som t ex att HSS beviljat SU 2018-2019 för vissa läkemedel för MS, cancer och neuromuskulära sjukdomar. HSS avsikt med denna ersättning är dock av annan art och ett sätt att kompensera för kostnader som uppkommer som en följd av barnmedicins specialiserade vård av sällsynta sjukdomar, där DSBUS har ett specifikt ansvar för regionens patienter.

Cystadrops uppfyller inte någon av de uppsatta kriterierna för att omfattas av någon av de centralt finansierade läkemedelsgrupperna; ordnat införande, solidarisk finansiering av extremt dyra läkemedel. Det finns dock möjlighet att förskriva läkemedlet inom ramen för den så kallade undantagshanteringen. Denna rutin gör det möjligt för behandlande läkare att i synnerligen angelägna fall förskriva det aktuella läkemedlet. Undantagshantering innebär samtidigt att det är den förskrivande verksamheten som bär kostnadsansvaret.

Koncernkontoret

Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Carlqvist
Chef avdelning kunskapsstöd

Bilaga

- Begäran från styrelsen för Skaraborgs Sjukhus om regional ersättning för kostnader för ögonläkemedlet Cystadrops

Besluten skickas till

För kännedom

- Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus
- Rebecca Oscarsson
- Anna Erlingsdotter Wass
- Peter Amundin

Från: Mari Nilsson för HSS FB
Skickat: den 8 april 2019 16:18
Till: Lise-Lotte Risö Bergerlind; KS/FSS Styrelsen FB; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Säs; Skaraborgs Sjukhus FB; Marie Gustafsson; HSN Göteborg FB; HSN Norra FB; HSN Södra FB; HSN Västra FB; HSN Östra FB
Ämne: Expedierat Protokollsutdrag från HSS den 20 mars 2019 - § 70 Regionuppdrag - Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd
Bifogade filer: Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 20 mars 2019 - Regionuppdrag - Vård och stöd vid schizofreni och schizofre....pdf

Hej!

Bifogar protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

Vänliga hälsningar

Mari Nilsson

Nämndsekreterare hälso- och sjukvårdsstyrelsen
Koncernavdelning Ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Regionens Hus, Lockerudsvägen 12, 542 45 Mariestad
Västra Götalandsregionen

Telefon: 072-252 32 61

E-post: mari.e.nilsson@vgregion.se

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

§ 70

Regionuppdrag - Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

Darienummer HS 2017-00769

Beslut

1. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen godkänner regionuppdrag Vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd med tillhörande handlingsplan.

Sammanfattning av ärendet

Regionuppdraget avser att omhänderta rekommendationerna i de reviderade Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som utkom 2018. Syftet är att skapa en tydlig gemensam inriktning av vården, att främja en god vård på lika villkor samt att ge vägledning och stöd för en mer kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård.

Många rekommendationer ligger i linje med 2011 års nationella riktlinjer och mycket förbättringsarbete pågår i regionen med gott resultat sedan förra riktlinjerna kom ut. Det viktigaste att lyfta fram för de kommande årens satsningar är att:

- uppmärksamma och behandla den somatiska ohälsan hos personer med kronisk psykisk sjukdom, stötta personerna till kontakt med den somatiska vården, informera, motivera och stödja till hälsosamma levnadsvanor och livsstil för att vända den ojämlika hälsan och livslängden för personer med schizofreni jämfört med övrig befolkning.
- öka förutsättningarna för verklig delaktighet hos personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och deras anhöriga med utbildning i värdegrundsarbete och med strukturerat arbete avseende metoden Delat beslutsfattande i alla möten med personen
- utveckla organisatoriska förutsättningar för samordning och samarbete kring personens behov av insatser och stöd inom både kommun och sjukvård kontinuerlig avstämning och uppföljning av samordnade insatser, användande av samordnad individuell plan (SIP)
- integrerad behandling vid samsjuklighet, förtydliga ansvarsfrågan för samsjuklighet och integrerad behandling, utbildning och ökad kunskapsbredd avseende samsjuklighet med psykos och missbruk/beroende
- samverkan med brukarorganisationen och brukarföreträdare i ett fortsatt utvecklingsarbete
- uppföljning av vård och insatser för målgruppen med satsning på ökad täckningsgrad i kvalitetsregister

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2019-03-20

- samverka inom ramen för den nya kunskapsorganisationen med andra regionala programområden och regionala processteam för kunskaps och erfarenhetsutbyte
- utbildning och kompetensutveckling

Beredning

Psykiatriberedningen har behandlat ärendet den 21 februari 2019.

Beslutsunderlag

- Protokollsutdrag från psykiatriberedningen 2019-02-21 § 3

Skickas till

- Kunskapsstöd psykisk hälsa
- Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder
- Följande utförarstyrelser inom hälso- och sjukvård: Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skaraborgs sjukhus, Södra Älvsborgs sjukhus
- Enheten för specialistsjukvård Koncernkontoret

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Från: Evelina Halse
Skickat: den 17 april 2019 10:29
Till: Ann Söderström; Marina Olsson; Per Backman; Emma Mattsson; Eva Engström; NU Nusjukv kansli; Universitetssjukhuset Sahlgrenska; Skaraborgs Sjukhus FB; PV Närhälsan; Sjukhusen väster styrelsen FB; Säs; HSS FB
Ämne: Utskick av beslut från personalutskottet 2019-04-02 - Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster
Bifogade filer: Uppdragsrapport – Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster.pdf; Yrkande från Moderaterna med flera - Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster.pdf; Protokollsutdrag från personalutskottets sammanträde den 2 april 2019 - Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster.pdf

Hej,

Översänder beslut från personalutskottet 2019-04-02 i ärendet stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster.

Med vänlig hälsning

Evelina Halse

Nämndsekreterare

Koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Koncernkontoret
Västra Götalandsregionen
Telefon: 070-5420573
Mejl: evelina.halse@vgregion.se
Postadress: Södra Hamngatan 37-41, Box 1091, 405 23 Göteborg

Västra Götalandsregionen

2019-03-06

Uppdragsrapport

Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster

Sammanfattning

Syftet med rapporten är att ta fram förslag på hur den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna kan stärkas

Sedan några år tillbaka pågår ett arbete i Västra Götalandsregionen (VGR) för att stärka styrningen av ST-tjänster. Denna rapport har tagits fram på uppdrag av Personalutskottet, som en del i detta övergripande arbete. Syftet med rapporten är att identifiera en ändamålsenlig nivå för regiongemensamt styrda och finansierade ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna samt att ta fram förslag på hur styrningen av ST-tjänster kan stärkas. Rapporten belyser också styrningen av ST-tjänster inom allmänmedicin, men då frågan utreddes i särskild ordning så sent som 2017 gör vi endast en översiktlig genomgång. Utredningen har genomförts under oktober-november 2018 av en arbetsgrupp vid Koncernstab HR på Koncernkontoret. Den huvudsakliga informationskällan har varit intervjuer och dokumentanalys.

ST-styrningsgruppen ska svara för regiongemensam styrning i dagens modell...

Styrmodellen för ST inom sjukhusspecialiteterna är i hög grad decentraliserad jämfört med styrningen för ST i allmänmedicin. ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna fördelas på två sätt: 90 av cirka 240 platser (cirka 150 platser tillsätts lokalt av förvaltningarna) förfogas av en särskilt utsedd ST-styrningsgrupp med representanter från förvaltningarna och Koncernkontoret. Denna grupp har i uppgift att ta fram ett underlag som koncernledningsgrupp hälso- och sjukvård bedömer och som därefter lämnas vidare som tjänstemannaförslag till personalutskottet (PU) som beslutar om fördelningen. Förslag om fördelning arbetas fram utifrån fyra kriterier: (1) regionala bristspecialiteter, (2) framtida strukturförändringar i vården baserat på regionala utvecklingsplaner, (3) delregionala brister samt (4) utbildningskvalitet.

...men prioriteringarna utgår nästan uteslutande från förvaltningarnas behov

Utredningen konstaterar att det finns en samsyn bland både förvaltningarna och vid Koncernkontoret kring behovet av viss regiongemensam styrning. Samtidigt fattar ST-styrningsgruppen idag nästan uteslutande sina prioriteringsbeslut baserat på förvaltningarnas uppskattade behov, det vill säga de delregionala bristerna. Det saknas i stor utsträckning faktabaserade underlag kring de övriga tre kriterierna, vilket gör att de inte heller får genomslag i prioriteringarna. Även processen är i flera delar bristfällig. Exempelvis redovisas önskemålen från respektive förvaltning för övriga medlemmar i ST-styrningsgruppen först i samband med beslutsmötet, vilket medför att sammanställning av behov, prioritering och fördelning av platser sker vid sittande bord. Detta innebär sammantaget att den regiongemensamma styrningen blir svag. Utredningen har inte kunnat klarlägga i vilken utsträckning prioriteringarna har en reell påverkan, i meningen att finansieringen går till platser som annars inte hade tillsatts. Intervjuerna indikerar också att det finns betydande kvalitetsskillnader mellan förvaltningarna i hur underlagen tas fram, vilket påverkar jämförbarheten mellan förvaltningarna negativt.

Tre möjliga styrmodeller och dess troliga konsekvenser

I rapporten analyserar vi de troliga konsekvenserna av tre alternativa styrmodeller för ST inom sjukhusspecialiteterna.

Alternativ A innebär en 100 % regiongemensamstyrning styrning. ST-styrningsgruppen ges ansvaret att förfoga över samtliga platser, medan förvaltningarna fråntas befogenhet att tillsätta ST-läkare. Alternativ A har många risker. Framförallt innebär en sådan modell ett betydande ingrepp i den grundläggande styrmodellen i VGR genom att skapa en särlösning för en viss yrkesgrupp. Det riskerar att kraftigt begränsa verksamheternas handlingsutrymme och flexibilitet. Mycket talar för att problematiken med så kallade ”gråblockare” – personer som anställs lokalt under ST-liknande förhållanden - skulle återuppträda. En fullt ut central styrning skulle också ställa mycket höga krav på VGR:s förmåga att samlat analysera aktuella och framtida kompetensförsörjningsbehov. Slutligen bedömer vi att en helt central styrning skulle riskera att leda till en misstro mellan förvaltningarna och Koncernkontoret. Införande av Alternativ A är därför inte att rekommendera.

Alternativ B innebär att arbeta enligt nuvarande modell där ST-styrningsgruppen fördelar en andel av platserna, med tillägget att Koncernkontoret tar ett ökat ansvar för processen. Det handlar exempelvis om att utforma bättre processer för att bereda beslutsunderlag inför prioriteringsmötet. **Alternativ C** innebär en renodling av rollerna, där förvaltningarna ges ett tydligt ansvar för prioriteringen av de allra flesta ST-platserna, exempelvis 90 %. För att motverka suboptimering och hantera framtida strukturförändringar i vården tillsätts dock en mindre andel av ST-tjänsterna centralt baserat på en analys från Koncernkontoret. Följden av en sådan modell skulle vara att färre platser fördelas centralt, men i gengäld blir de centrala prioriteringarna inte föremål för förhandling på samma sätt som i alternativ B. Den stora fördelen med alternativ B är att ST-styrningsgruppens funktion bibehålls, vilket kan vara viktigt för både förankring av och kvalitet i besluten. Nackdelen med alternativ B jämfört med alternativ C är att det fortfarande finns en risk att de regionala behoven blir föremål för förhandling, vilket kan leda till att styrningen från ett regionalt perspektiv blir svagare.

Rekommendationer för en stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster

Utredningens rekommendation är att fortsätta arbeta utifrån modell B ovan. Eftersom flera brister har identifierats i den nuvarande processen, finns anledning att genomföra förbättringsåtgärder innan andra alternativ övervägs. Detta gäller i synnerhet eftersom att den nuvarande modellen i grunden bedöms vara väl anpassad till förhållanden och behoven i VGR. Vår rekommendation är därför att utveckla, snarare än att avveckla, den befintliga modellen. Vi lämnar ett antal förbättringsförslag inom två övergripande områden: 1) ST-styrningsgruppens arbetssätt och 2) de förvaltningsinterna processerna. För att utveckla ST-styrningsgruppens arbetssätt behöver två åtgärder vidtas. För det första behöver ST-styrningsgruppen beslutsunderlag förbättras för att möjliggöra att hänsyn tas till samtliga fyra prioriteringskriterier. Koncernkontoret föreslås ansvara för att ta fram underlag för de tre kriterier som idag används i mindre utsträckning. För det andra föreslås att Koncernkontoret utarbetar en ny planeringsprocess för ST-styrning, för att säkerställa att regionala behov i tillräcklig utsträckning vägs in vid prioritering. Detta skulle bland annat medföra att Koncernkontoret äger beredningsprocessen inför ST-styrningsgruppens sammanträden. Att utveckla de förvaltningsinterna processerna är nödvändigt för att få en underbyggd och jämförbar bild av de delregionala behoven. Detta behöver framförallt göras genom att säkerställa att behovsanalys i förvaltningarna görs på ett enhetligt sätt.

Innehåll

Sammanfattning	2
1 Bakgrund och syfte.....	5
1.1 Uppdraget.....	5
1.2 Vår tolkning av uppdraget.....	5
1.3 Uppdragets genomförande	6
1.4 Rapportens disposition.....	7
2 Så fungerar ST-styrningen	8
2.1 Styrningen av ST-tjänster har varierat genom åren	8
2.2 Modeller för dagens ST-styrning	10
3 Behov av åtgärder för att säkra en fungerande styrning av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna.....	14
3.1 Förvaltningarna bör ha huvudansvar för kompetensförsörjning, men viss regiongemensam styrning behövs	14
3.2 Den nuvarande styrningen är svag	18
4 Motiverat med central styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin, men vissa utmaningar i nuvarande styrning.....	22
4.1 Central styrning av ST inom allmänmedicin kan vara motiverat	22
4.2 Tre utmaningar i dagens styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin	23
5 Tre möjliga styrmodeller för stärkt styrning av ST inom sjukhusspecialiteterna har identifierats	26
A. 100 % regiongemensam styrning	27
B. Nuvarande modell med utökat processansvar för Koncernkontoret	29
C. Utökad decentraliserad styrning men stärkt regionalt ansvar för vissa kompensatoriska åtgärder	30
6 Rekommendationer för en stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna.....	32
6.1 Utveckla ST-styrningsgruppens arbetssätt.....	33
6.2 Utveckla de förvaltningsinterna processerna	36
7 Frågor för fortsatt utredning	38
8 Referenser	40
9 Appendix	41

1 Bakgrund och syfte

1.1 Uppdraget

Sedan några år tillbaka pågår ett arbete i Västra Götalandsregionen för att stärka styrningen av ST-tjänster i syfte att förhindra brister inom olika specialiteter. I juni 2015 ställde sig Koncernledning hälso- och sjukvård bakom ett förslag om regional ST-styrning, som bland annat innebar införande av en årlig central prioritering och delfinansiering av 40–45 ST-tjänster för tandläkare och för läkare inom sjukhusspecialiteterna, att ett antal principer för ST-styrningen fastställdes, att en grupp för ledning av läkar- och tandläkarförsörjning (benämns nedan i rapporten ”ST-styrningsgruppen”) inrättades, att en ekonomisk princip för ökad ST-styrning infördes samt att en ny studierektororganisation tillsattes. Att verksamheterna dessförinnan självständigt svarat för prioriteringen av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna angavs som ett skäl till att regionen under ett antal år hade haft brist inom vissa specialiteter (Beslut i koncernledningsgruppen Hälso- och sjukvård – ST-styrning, 2015-06-25). I maj 2018 beslutade Regionstyrelsen att antalet tjänster som ska omfattas av den centrala styrningen och delfinansieringen skulle utökas från 45 till 90 tjänster. (Västra Götalandsregionen, Protokoll från Regionstyrelsen 2018-05-15).

Mot bakgrund av det omställningsarbete som sker inom hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen ställs ökade krav på regiongemensamma ansträngningar för att förhindra brist inom vissa läkarspecialiteter. Omställningen kommer påverka det framtida regionala vårdutbudet (till exempel genom koncentration av viss vård), vilket kan komma att kräva en ökad central styrning av ST-tjänsterna inom sjukhusspecialiteterna. I april 2018 gav Personalutskottet personaldirektören i uppdrag att ta fram förslag på hur styrningen av ST-tjänster kan stärkas ytterligare (Västra Götalandsregionen, Protokoll från personalutskottet, 2018-04-26):

- Personalutskottet ger personaldirektören i uppdrag att ta fram förslag på hur den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster kan stärkas med en konsekvensanalys av en utökad central styrning och finansiering av ST enligt befintlig modell, samt en konsekvensanalys av en 100 procentig central styrning och finansiering.

1.2 Vår tolkning av uppdraget

För att på ett ändamålsenligt sätt beskriva konsekvenserna av en helt central styrning har en bred ansats valts i utredningsarbetet. I denna ansats ingår att studera flera möjliga styrmodeller, samt att undersöka vad som vore en lämplig styrningsgrad sett till det övergripande syftet att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen. Med utgångspunkt i denna bredare ansats formulerades syftet för arbetet enligt följande:

- Säkerställa den långsiktiga tillgången till specialistläkare i hela Västra Götalandsregionen och därigenom skapa förutsättningar för en god och jämlik vård

Med utgångspunkt i syftet formulerades två målsättningar för utredningen:

- Identifiera en ändamålsenlig nivå för regiongemensamt styrda och finansierade ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna
- Ta fram förslag på hur den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna kan stärkas enligt befintlig modell

Med denna ansats kan det ursprungliga uppdraget att analysera konsekvenserna av en helt central styrning och finansiering fullgöras. Därutöver bidrar vår breddade ansats till att vi i rapporten kan redovisa motsvarande konsekvensanalys för andra tänkbara styrmodeller. På så sätt kan vi jämföra alternativa modeller och lämna rekommendationer som på det mest ändamålsenliga sättet bedöms leda till att det övergripande syftet uppnås - att säkerställa den långsiktiga tillgången av specialistläkare.

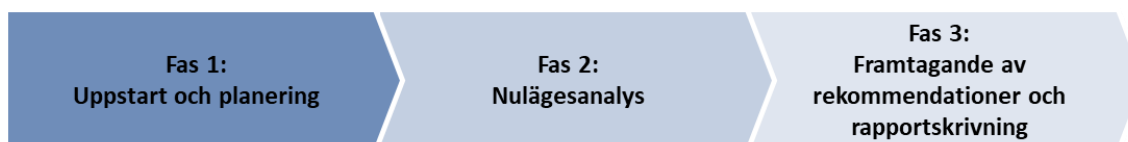
1.3 Uppdragets genomförande

Uppdraget har genomförts under ledning av en arbetsgrupp bestående av enhetschefen Heidi Ström, regionövergripande studierektorn Eva Engström och HR-strategen Michael Zijp under perioden oktober-november 2018. Som externt stöd i arbetet anlätades konsultföretaget Lumell Associates.

I genomförandet av uppdraget medverkade en referensgrupp bestående av bland annat medlemmar från ST-styrningsgruppen samt fackliga representanter. Referensgruppen bereddes möjlighet att ge inspel på ett utkast av rapporten. Referensgruppen bestod av: verksamhetschefen Helena Fredberg Edebo, senior advisor Lars Gotthardsson, ordföranden för Västra Götalands läkarförening Emelie Hultberg, chefen för VGR-akademin Eva Lundh, FoU-chefen vid Sahlgrenska samt ordföranden för Medicinska kompetensutvecklingsrådet Anna Nilsson, verksamhetschefen Rebecca Oscarsson och ordföranden för Göteborgs läkarförening Emma Spak.

Arbetet har genomförts i tre steg, se Figur 1. I fas 1 genomfördes uppstart och planering av arbetet, inklusive syftes- och målformulering samt urval och inbokning av intervjuer. Därefter genomfördes i fas 2 nulägesanalys och informationsinsamling. I fas 3 genomfördes syntetisering av analysresultaten till rekommendationer och rapportskrivning.

Figur 1. Arbetets tre faser



Ett 20-tal intervjuer har varit den primära informationskällan i arbetet, men även kompletterande dokumentstudier har genomförts. Intervjuerna har varit semistrukturerade och syftat till att fånga perspektiv från olika aktörer, såsom företrädare för utförarna, Koncernkontoret samt professionen. Urvalet är också gjort för att säkerställa en geografisk spridning av intervjupersoner inom regionen. En förteckning över intervjuade personer finns i Tabell A 1 i appendix. Kompletterande information från andra jämförbara landsting har också samlats in och integrerats i analysen.

Avgränsningar

En följd av uppdragsformuleringen är att vi i huvudsak fokuserar på styrningen av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna, det vill säga de platser som ST-styrningsgruppen förfogar över. Frågan om styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin utreddes i särskild ordning så sent som 2017. De förändringar som då föreslogs har dock ännu inte implementerats till fullo. För att ge en helhetsbild av styrningen gör vi dock en översiktlig beskrivning och analys även av styrningen av ST-tjänster inom allmänmedicin. Rapporten belyser inte styrningen av ST-tjänster för tandläkare eftersom dessa platser nyligen lyfts ut från ST-styrningsgruppens arbete och återgått till grundmodellen för finansiering.

Utgångspunkten för uppdraget har varit att utreda möjliga förändringar av styrningen inom ramen för det nuvarande hälso- och sjukvårdssystemet i Västra Götalandsregionen. Det innebär att exempelvis den nuvarande ägar-beställar-utförarmodellen har tagits för given och att alla förslag på förändringar ska rymmas inom den nuvarande styrmodellen för hälso- och sjukvården.

Vi antar i rapporten i första hand ett ägarperspektiv. Det återspeglas i det formulerade målet kring att säkerställa en god tillgång till specialister i hela Västra Götaland för att gynna hälsan hos invånarna.

1.4 Rapportens disposition

Rapporten är disponerad på följande vis: Efter detta kapitel rörande uppdraget ges i kapitel 2 en beskrivning av dagens styrmodeller inom både allmänmedicin och inom sjukhusspecialiteterna samt en historisk tillbakablick av hur styrningen har förändrats genom åren. I kapitel 3 och 4 analyseras de nuvarande modellerna för styrning inom sjukhusspecialiteterna respektive allmänmedicin. Med bas i nulägesanalysen presenteras i kapitel 5 tre möjliga styrmodeller för ST inom sjukhusspecialiteterna. För varje modell söker vi belysa modellernas styrkor och svagheter. I kapitel 6 rekommenderar vi att det fortsatta arbetet bör bedrivas utifrån en av de tre presenterade styrmodellerna och lägger förslag på vilka åtgärder som bör vidtas i det fortsatta arbetet. Avslutningsvis beskrivs i kapitel 7 ett antal övriga frågor som bör utredas vidare.

2 Så fungerar ST-styrningen

I detta kapitel gör vi inledningsvis en översiktlig historisk tillbakablick som visar att styrmodellerna varierat genom åren. Eftersom styrningen fungerar annorlunda för allmänmedicin och sjukhusspecialiteterna, följer därefter separata beskrivningar de respektive styrmodeller som idag tillämpas.

2.1 Styrningen av ST-tjänster har varierat genom åren

Efter grundutbildning genomgår läkare i Sverige en allmäntjänstgöring (AT). Efter fullgjord AT inklusive tillhörande AT-prov kan Socialstyrelsen utfärda en läkarlegitimation. Efter att legitimation erhållits kan läkaren välja att genomgå specialiseringsutbildning. I specialiseringsutbildningen ingår ST-tjänstgöring, normalt omfattande minst fem års heltidstjänstgöring inom det egna huvudområdet samt inom angränsande specialistområden (tidigare kallat "randning"). För specialistläkarexamen krävs därutöver fullgörande av specialistkompetenskurser (SK-kurser), fastställda av Socialstyrelsen. (Sveriges läkarförbund, 2016) (Läkarförbundet, 2016)

Ansvar för att det finns förutsättningar att genomföra ST-tjänstgöringen ligger på arbetsgivaren som anställer ST-läkaren. I detta ingår att ansvara för att det finns tillgång till handledare med relevanta kompetenser, liksom övriga medarbetare som kan ge ST-läkaren instruktioner och återkoppling. Arbetsgivaren ansvarar också för att det finns tillgång till en studierektor, samt att systematisk kvalitetsgranskning av utbildningen genomförs. Socialstyrelsen tar på sin sida fram föreskrifter och allmänna råd för tjänstgöringen, samt ansvarar för visst utbildningsstöd. Socialstyrelsen ansvarar också för prövning av specialistkompetensen, samt utfärdande av bevis om specialistkompetens. (Sveriges läkarförbund, 2016) (Läkarförbundet, 2016)

Ansvar för planering av vidareutbildning för läkare var fram till 1992 statligt. Styrningen skedde genom det så kallade Läkarfördelningsprogrammet, som syftade till att på ett ändamålsenligt sätt fördela läkare till olika medicinska specialiteter och olika geografiska områden. (SOU 1987:53). 1992 beslutade riksdagen att överföra det huvudsakliga ansvaret för utbildning av specialistläkare till landstingen. (Statskontoret, 2016). Fram till och med regionbildningen ansvarade således de dåvarande landstingen (respektive Göteborgs sjukvård, tillhörande Göteborgs kommun) för personalförsörjning av ST-läkare.

Efter regionbildningen lades huvuddelen av ansvaret för ST-tjänster på utförarstyrelserna. Regionstyrelsen identifierade dock tidigt ett behov av att säkerställa regiongemensam kompetensförsörjning inom vissa bristspecialiteter. (Västra Götalandsregionen, Förlängning av beslut, 2004) Medel för regiongemensam finansiering av tjänster inom bland annat laboratoriemedicin avsattes därför från och med 2001. (Västra Götalandsregionen, Regionstyrelsens handlingar för sammanträde, 2013)

Arbetet med att styra ST-utbildningen för att undvika brister utvecklades genom att Regionstyrelsen 2006 beslutade att bilda ett regionalt ST-läkarråd. I rådet medverkade representanter från förvaltningarna, beställarkanslierna, hälso- och sjukvårdsavdelningen samt från personalstrategiska avdelningen. Rådets huvudsakliga uppgift var att två gånger per år se över ST-läkarsituationen och tillhandahålla kunskapsunderlag för beslut inom området. Rådet var verksamt fram till 2009, då uppgifterna övertogs av Hälso- och

sjukvårds- respektive Personalstrategiska avdelningen. (Västra Götalandsregionen, ST-läkarrådets mötesanteckningar, 2007).

Förutsättningarna för styrning av ST-läkartjänster i allmänmedicin kom i hög grad att förändras 2009, då vårdval för vårdcentraler infördes i regionen. För att fördelningen av ST-tjänster skulle ske på ett producentneutralt sätt, reglerades tillsättningen av ST-läkartjänster i det förfrågningsunderlag som låg till grund för avtalen med vårdcentralerna. Modellen för styrning av sjukhusspecialiteterna kom dock inte att förändras, vilket medförde att i grunden olika styrmodeller tillämpades för sjukhusspecialiteterna respektive allmänmedicin. (Västra Götalandsregionen, Skarpare ST-styrning och finansiering - återrappport av uppdrag, 2018)

Finansieringen för att åtgärda vissa regiongemensamma bristspecialiteter låg fram till 2013 inom personal- respektive hälso- och sjukvårdsutskottets budget, då beslut togs om att överföra detta ansvar till Hälso- och sjukvårdsnämnderna (Västra Götalandsregionen, Regionstyrelsens handlingar för sammanträde, 2013). Finansieringen skulle framgent ske solidariskt med befintligt regionbidrag till nämnderna. Parallellt påbörjades också en utfasning av de centralt finansierade tjänsterna, såtillvida att inga nya tjänster finansierades (redan påbörjade tjänstgöringar finansierades dock). Finansiering av tjänster inom psykiatri skedde dock fortsatt från personal- respektive hälso- och sjukvårdsutskottets budgetar, på grund av särskilt stora brister inom området. Notera att denna finansiering enbart var en introduktionsfinansiering under två år.

Under 2013 utarbetades också förslag på strategi och handlingsplan för kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården i regionen. Strategin och handlingsplanen fastställdes av koncernledning hälso- och sjukvård i juni 2013. I handlingsplanen identifierades ett antal utvecklingsområden, av vilka ST-styrning var ett. Ett utvecklingsarbete genomfördes därefter inom området, vilket utmynnade i förslag om:

- Införandet av en central prioritering och finansiering av 40–45 nya ST-tjänster årligen
- Inrättande av en grupp för ledning av läkar- och tandläkarförsörjning
- Införandet av en regionövergripande studierektorstjänst för samordning av bland annat utbildningstjänster för läkare, platser för läkarstudier och introduktionsutbildning för deltagare i regionens plusprogram

Dessa förslag antogs i juni 2015 av Koncernledningsgruppen och fastställdes sedan av Personalutskottet respektive Regionstyrelsen. (Västra Götalandsregionen, Beslut i koncernledningsgruppen Hälso- och sjukvård – ST-styrning, 2015) Förslagen tillämpades från och med 2016.. Under våren 2018 reviderades beslutet. Revideringen innebar att antalet ST-tjänster som omfattades av central prioritering och delfinansiering ökade till 90. Motivet var att omställningen av hälso- och sjukvården medför ett behov av ökad central styrning för att motverka obalanser i tillgången på specialistutbildade läkare. Revideringen innebar också att den centrala styrningen av ST-tjänster inom tandvården upphörde, med utgångspunkt i att den regionala styrningen inom området inte uppnått önskvärda effekter. Beslut togs också om att närmare utreda hur ett system för finansiering av ST-tjänsterna i allmänmedicin bör utformas för att styrningen ska få en ändamålsenlig effekt. (Västra Götalandsregionen, Ökad styrning av ST-tjänster i allmänmedicin (ST-A), 2017)

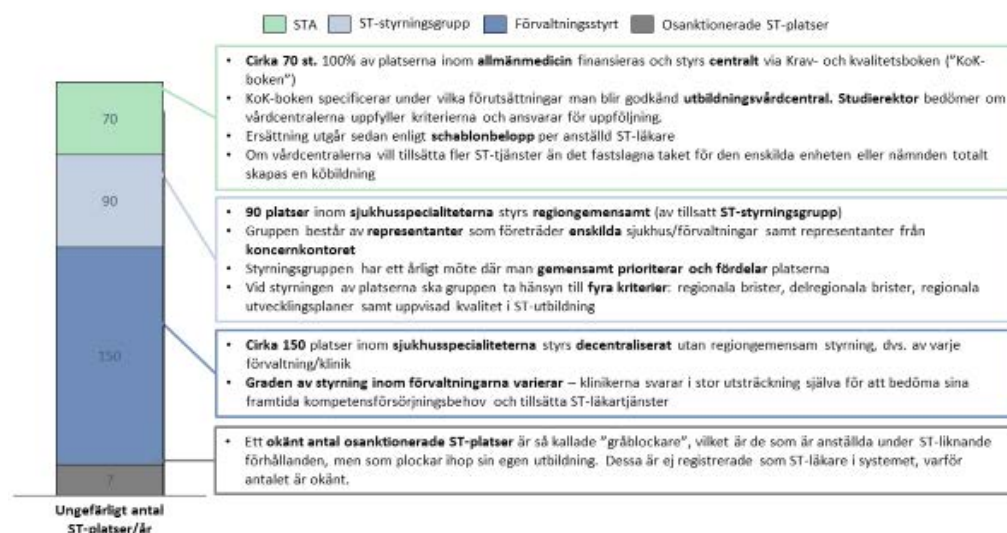
Under 2017 utreddes frågan om styrning av ST-läkare i allmänmedicin. I återrapporeringen av denna fråga rekommenderades att platser för ST i allmänmedicin inte bör ingå i de centralt

fördelade tjänsterna. Istället föreslogs att uppdraget även framgent bör regleras i de förfrågningsunderlag som ligger till grund för avtalen med utförarna. Vissa förändringar i fråga om de krav som ställs på utbildande vårdcentraler rekommenderades dock. Vidare rekommenderades en ökning av antalet ST-tjänster och sidotjänstgöringsplatser, samt vidare utredning kopplat till att ge ett utökat uppdrag till vissa vårdcentraler att utbilda många ST-läkare. Utredningen rekommenderade också en fortsatt utredning av hur kompetensförsörjningen i mindre attraktiva områden kan stärkas. (Västra Götalandsregionen, Skarp ST-styrning och finansiering - återrapport av uppdrag, 2018)

2.2 Modeller för dagens ST-styrning

ST-platser i Västra Götalandsregionen finansieras och fördelas på flera olika sätt, vilket beskrivs närmare i följande stycken. Figur 2 beskriver översiktligt vilka typer av ST-tjänster som finns, samt hur de fördelas och finansieras.

Figur 2. Fördelning och finansiering av ST-tjänster i Västra Götalandsregionen



Nuvarande styrmodell för ST inom sjukhusspecialiteterna

Totalt tillsätts cirka 240 ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna varje år i Västra Götalandsregionen. Av dessa fördelas 90 platser av ST-styrningsgruppen, vilket följaktligen innebär att 150 platser tillsätts av förvaltningarna.

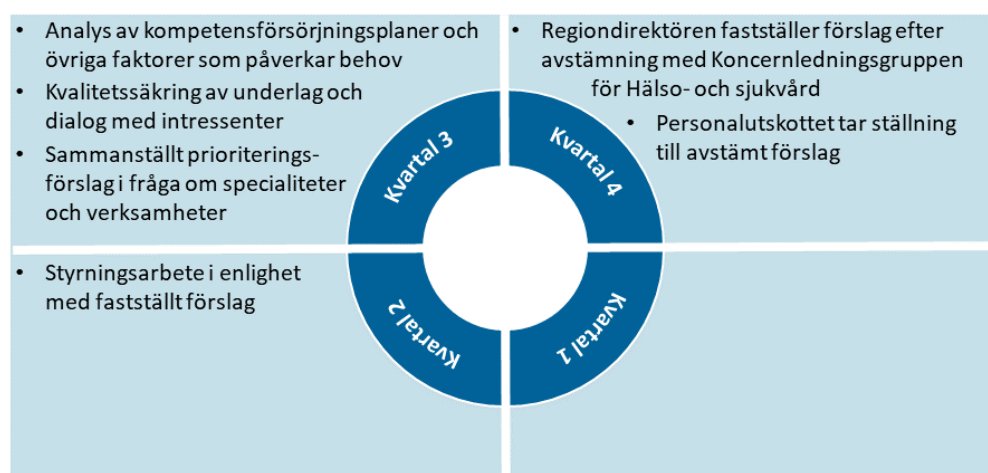
Graden av styrning avseende de platser som fördelas av varje förvaltning varierar. I stor utsträckning ansvarar klinikerna själva för att tillhandahålla ST-läkartjänster motsvarande vad som krävs för att möta det framtida kompetensförsörjningsbehovet. De ST-läkartjänster som styrs av förvaltningarna ingår i och finansieras inom ramen för vårdöverenskommelserna. Det innebär att inga särskilda medel tillskjuts förvaltningarna för finansieringen av dessa tjänster.

ST-styrningsgruppen består av representanter från förvaltningarna samt från Koncernkontoret. Från förvaltningarna representeras sjukhusen av tre verksamhetschefer och representant från Närhälsan. Från Koncernkontoret ingår regionövergripande studierektor, samt representanter för Koncernstab HR och Koncernstab Hälso- och sjukvård.

Övrig kompetens kan vid behov adjungeras in i gruppen. Detta görs i regel i det möte där ST-platserna ska fördelas för att säkerställa att alla förvaltningar är representerade. Ordförande utses av koncernledningen för hälso- och sjukvård. Gruppens nuvarande ordförande är Anna Nilsson, FoU-chef på Sahlgrenska universitetssjukhuset och ordförande för Medicinska kompetensutvecklingsrådet i VGR.

Varje år fattar ST-styrningsgruppen beslut om fördelning av de regiongemensamt finansierade platserna, i enlighet med processen som illustreras i Figur 3. Förvaltningarna finansierar dock i förlängningen platserna själva genom att förvaltningarna får sin ersättning minskad solidariskt efter antalet läkare för att bekosta det bidrag som betalas ut till de förvaltningar som tilldelats en plats av ST-styrningsgruppen. Det rör sig om en omfördelning av befintliga, snarare än ett tillskott av nya, regionala medel. Ersättningen uppgår till 30 000 kr per månad och tjänst under en femårsperiod. (Västra Götalandsregionen, Beslut i koncernledningsgruppen Hälso- och sjukvård – ST-styrning, 2015). Dessa medel täcker dock inte hela kostnaden för ST-platsen, vilket innebär att resterande delen av kostnaderna bärs av förvaltningen i fråga. I nuläget föreligger alltså en begränsad ekonomisk styrning av förvaltningarna, då inga konsekvenserna föreligger om ST-styrningsgruppens rekommendationer inte följs.

Figur 3. Process för central prioritering av ST



Fördelningen av platser ska ske enligt följande kriterier:

1. Prioritering utifrån **bristspecialiteter** i regionen. Regionen prioriterar de specialiteter som anses vara för lågt bemannade i relation till behoven idag och ca åtta år framåt.
2. Prioritering baserat på **regionala utvecklingsplaner**. Centumbildningar, koncentration av viss vård, med mera kan kräva att styrning sker till vissa verksamheter
3. Prioritering baseras på **delregionala brister**, under förutsättning att kriterierna för punkt 4 uppfylls

4. Prioritering baserat på **uppvisad kvalitet** i ST-utbildning – det vill säga regionen förlägger fler ST-utbildningar till de verksamheter som uppvisar god kvalitet i ST-utbildningen och färre till verksamheter som håller lägre kvalitet.

Nuvarande styrmodell för ST inom allmänmedicin

ST i allmänmedicin regleras i förfrågningsunderlaget för Vårdval vårdcentral, ”Krav- och kvalitetsboken”. I Krav- och kvalitetsboken framgår att en vårdcentral för att få utbilda ST-läkare måste godkännas som utbildningsvårdcentral. (Västra Götalandsregionen, Krav- och kvalitetsboken 2019, 2018).

För att bli godkänd som utbildningsvårdcentral krävs att det vid vårdcentralen finns två specialistläkare anställda, med en sammanlagd tjänstgöringstid totalt motsvarande minst 100 %. Vidare krävs att vårdcentralen har en bred allmänmedicinsk verksamhet (inklusive barnavårdscentral och äldre vård), samt att det finns tillgång till medicinsk litteratur och utrustning för att videofilma konsultationer. (Västra Götalandsregionen, Utbildningsuppdrag i läkares grund-, allmän- och specialistutbildning i VG Primärvård, 2015)

Utbildningsvårdcentraler får efter att de blivit godkända av studierektor anställa ST-läkare. Dessa tjänster finansieras till del centralt av Västra Götalandsregionen, genom en schablonersättning för varje tjänst. Resterande del finansieras av utbildningsvårdcentralen. Schablonersättningen uppgår till 40 000 kr per månad för ST inom allmänmedicin vid primärvårdstjänstgöring och 65 000 kr per månad vid sidotjänstgöring. Vid tjänstgöring vid vårdcentral inom geografiskt område som omfattas av extra stöd tillkommer 10 000 kr per månad i ersättning. (Västra Götalandsregionen, Krav och Kvalitetsboken 2019)

Finansieringen av antalet ST-tjänster inom allmänmedicin är vid varje givet tillfälle begränsat till 440 platser. Detta innebär att inflödet av nya ST-läkare varierar från år till år beroende på hur många av dess platser frigörs. I genomsnitt tillkommer dock ungefär 70 läkare varje år. De 440 platserna är vidare fördelade per nämnd utifrån befolkningsunderlag för att uppnå en spridning inom regionen. Det finns också ett tak för antalet ST-tjänster per verksamhet, vilket gör att varje vårdcentral högst får ha en ST-tjänst per 1 500 listade patienter. Det är vidare värt att notera att det under hösten 2018 fattades ett beslut att fördela riktade medel för ytterligare 100 ST-platser inom allmänmedicin. Detta beslut fattades för att fanns en kö till de centralt finansierade platserna, trots att behovet av fler specialister i allmänmedicin bedömdes vara stort. 60–70 av dessa platser var dock redan tillsatta, men finansierades av vårdcentralernas egna medel. Beslutet innebar således inte att 100 nya tjänster öppnades.

Innan tjänstgöringen påbörjas undertecknas ett utbildningskontrakt mellan utbildningsvårdcentralen och studierektorsorganisationen. I utbildningskontraktet framgår de övergripande målsättningarna för ST-tjänstgöringen, en beskrivning av genomförandet, samt hur ansvar fördelas mellan ST-läkaren själv, handledaren, verksamhetschefen respektive studierektorn. Innan tjänstgöringen påbörjas läggs också en utbildningsplan upp. Under tjänstgöringstiden ansvarar studierektorsfunktionen för att följa kvaliteten i utbildningen. Studierektorn medverkar också i kompetensvärderingen.

Osanktionerade ST-tjänster

Förutom de ovan beskrivna formerna för ST-tjänster, förekommer i viss utsträckning osanktionerade ST-tjänstgöring, så kallade ”gråblockare”. Gråblock innebär att den enskilda

läkaren, genom anställningar som inte är avsedda för ST-tjänstgöring, samlar ihop tillräcklig tjänstgöringstid motsvarande ST.

Inga formella hinder finns för ST-tjänstgöring genom gråblock, även om detta har försvårats på grund av en ändring i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialisttjänstgöring. Detta har medfört att företeelsen blivit mindre vanlig under de senaste åren. I och med att gråblockare existerar är det svårt att följa upp såväl kvalitet i utbildningen som antalet personer som vid ett givet tillfälle tjänstgör på detta sätt. Omfattningen av gråblock är av denna anledning okänd.

Möjligheterna att på detta sätt genomföra ST i allmänmedicin är dock enligt rådande regelverk begränsade. Gråblock i allmänmedicin bedöms därför förekomma endast i anslutning till en reguljär ST-tjänst, exempelvis i väntan på godkännande och finansiering av en ST-tjänst. Inom sjukhusspecialiteterna är det relativt sett vanligare då verksamheterna agerar mer självständigt.

3 Behov av åtgärder för att säkra en fungerande styrning av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna

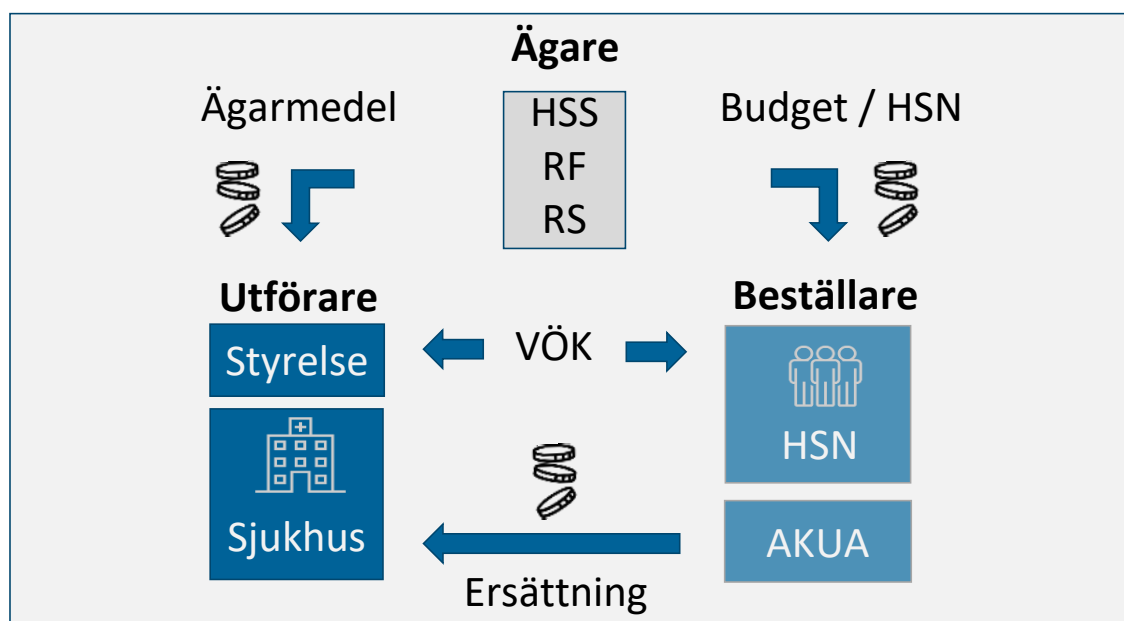
Detta kapitel innehåller en samlad analys av dagens styrning av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna. Inledningsvis belyser vi hur styrningen av ST-tjänster förhåller sig till Västra Götalandsregionens övergripande styrmodell för sjukhusvården. Med bas i den analysen konstaterar vi att det finns starka skäl för att huvudansvaret för kompetensförsörjning bör ligga på förvaltningarna, men att det finns behov av viss regiongemensam styrning.

Därefter konstaterar vi att styrningen genom dagens modell för regiongemensam styrning är att betrakta som svag. Avsaknaden av faktabaserade underlag avseende regionens långsiktiga kompetensförsörjningsbehov medför att förvaltningarnas önskemål i allt väsentligt utgör grund för de regiongemensamma prioriteringar som genomförs.

3.1 Förvaltningarna bör ha huvudansvar för kompetensförsörjning, men viss regiongemensam styrning behövs

Inom VGR har man valt att tillämpa en ägar-beställar-utförarmodell för styrning av hälso- och sjukvården. Det innebär att uppdragen som ägare, beställare och utförare av hälso- och sjukvård har separerats och renodlats. Se Figur 4 nedan för illustration för hur modellen fungerar för sjukhusvården.

Figur 4. Ägar-beställar-utförarmodellen för sjukhusvård



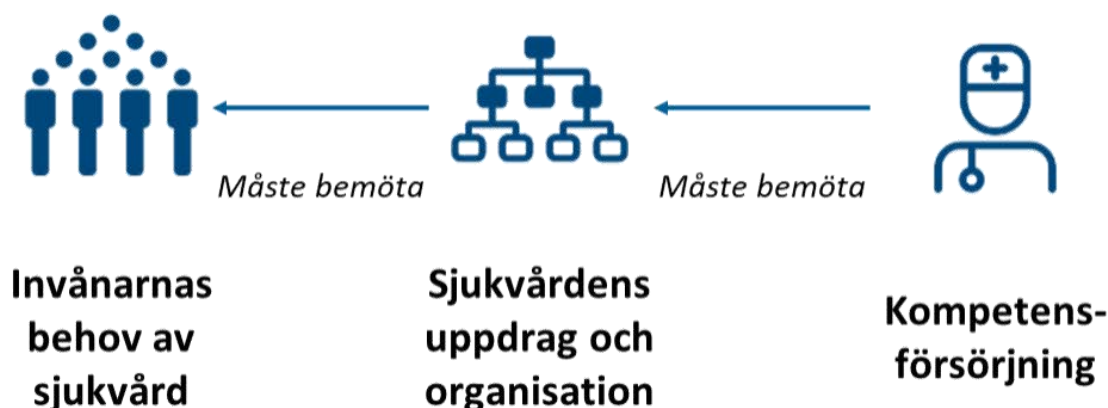
Ett centralt styrverktyg i modellen är vårdöverenskommelsen (VÖK) mellan utförare och beställare. VÖK innehåller en beskrivning av de offentliga utförarnas uppdrag och reglerar inriktning, volymer, ersättning och uppföljning. Nämnderna, som i modellen ska företräda

befolkningen i sina respektive geografiska områden, har en bindande överenskommelse med respektive styrelse. Vissa andra finansieringskällor finns för sjukhusen, men större delen av budgeten härrör från VÖK.

VÖK beskriver uppdraget till sjukhusen på en övergripande nivå. Det innebär att utförarna har stor frihet att välja hur uppdraget bör organiseras och genomföras. Inom VÖK finns således ett betydande utrymme för lokalt ansvarstagande, samt en möjlighet att organisera arbetet i enlighet med lokala förutsättningar. Möjligheterna för beställaren att styra verksamheterna är dock begränsade.

En grundprincip i den grundläggande styrmodellen för VGR är alltså att utföraren har en stor frihet under ansvar att utforma verksamheten. I detta ingår ett ansvar för att bemanna verksamheten och arbeta med kompetensförsörjning, enligt logiken som presenteras i Figur 5. Huvudregeln i den valda modellen är att utföraren ansvarar för att göra en egen bedömning av vilken typ av kompetens och kompetensmix man behöver för att fullgöra uppdraget som beskrivs i VÖK. Detta tydliggörs dessutom av reglementena till utförarstyrelserna, där det framgår att verksamheterna svarar för "bemannings- och personalförsörjningsfrågor för samtliga personalkategorier på kort och lång sikt" samt för att "vården bedrivs med professionell kompetens" (Västra Götalandsregionen, Reglementen för styrelsen för sjukhus).

Figur 5. Logikmodell för kompetensförsörjning



Utöver att det är en naturlig följd av regionens grundläggande styrmodell finns också en rad praktiska fördelar med ett stort inslag av decentraliserad styrning av kompetensförsörjningen. Utförarna har exempelvis i normalfallet en god kunskap om kompetenstillgången inom olika specialiteter, samt om hur många ST-läkare som för närvarande är under utbildning. Dessa faktorer är avgörande för att bedöma hur stort kompetensförsörjningsbehovet är för att möta dagens uppdrag och organisation. Utförarna har dessutom generellt sett god kännedom om förväntade pensionsavgångar och personalomsättning, vilka är faktorer som påverkar det framtida kompetensförsörjningsbehovet. Sammantaget är det därför i många avseende lättare för utföraren än för beställaren (genom exempelvis en central HS-funktion) att styra kompetensförsörjningen på ett ändamålsenligt sätt.

Exempel på bedömningar som försvåras med avstånd från verksamheten är sannolikheten att en viss medarbetare faktiskt går i pension vid 65, eller de verkliga effekterna av en nominell underbemanning. I realiteten kan det vara så att en specifik medarbetare avser fortsätta arbeta efter 65 års ålder, eller att en avdelning trots nominell underbemanning

fungerar bra på grund av att den är bemannad med läkare med hög arbetskaper. Om inte dessa verksamhetsspecifika faktorer vägs in i bedömningen byggs en felkälla in i processen.

Det blir emellertid problematiskt att om planeringen av kompetensförsörjning endast styrs av de behov som identifieras på verksamhetsnivå. Även verksamheternas möjligheter till planering har begränsningar och kan därför behöva kompletteras. Viss regional styrning kan därför vara motiverat även i ett i huvudsak decentraliserat system. Detta kan motiveras primärt av följande tre anledningar:

- Utförarna riskerar att suboptimera utifrån den egna verksamheten
- Utförare riskerar att inte i tillräckligt hög grad lyckas överblicka och ta hänsyn till stora regionala strukturförändringar
- Ett regionalt perspektiv är nödvändigt för att kunna överblicka skillnader och nivå i utbildningskvalitet

Detta sammanfattas i Figur 6.

Figur 6. Informationsfördelar på olika nivåer i organisationen

	 Bättre information på regionövergripande nivå	 Bättre information hos förvaltningen/verksamheten
<i>Faktorer som påverkar kompetensförsörjningen</i>	• Risk för suboptimering • Regionala strukturförändringar • Skillnader i och nivå på utbildningskvalitet	• Nuvarande personalbehov • Antal ST-läkare under utbildning • Förväntade pensionsavgångar • Personalomsättning • Enskilda medarbetares kapacitet

Risk för suboptimering innebär att optimerad kompetensförsörjning från ett verksamhetsperspektiv inte nödvändigtvis motsvarar en optimerad kompetensförsörjning utifrån ett system- eller regionperspektiv. Detta kan uppstå i situationer då vissa mindre behov på verksamhetsnivå nedprioriteras, trots att de på aggregerad nivå kan vara betydande. Ett förenklat teoretiskt exempel kan illustrera problematiken som kan uppstå: Anta att alla utförare har ett visst behov av att utbilda två kategorier specialister, kardiologer och geriatriker. Anta vidare att det totalt finns fem utförare, med möjlighet att vardera utbilda en specialist. Alla utförare antas ha ett identiskt behov motsvarande 0,6 kardiologtjänst och 0,4 geriatrikertjänst. Vid en enskild värdering med en korrekt behovsanalys kommer samtliga fem utförare att prioritera utbildning av en kardiolog framför en geriatriker. Detta medför att totalt fem kardiologer utbildas, men inga geriatriker. Ur ett regionperspektiv blir detta utfall suboptimalt, eftersom behovet på övergripande nivå bara motsvarar tre kardiologer (fem utförare med vardera ett behov motsvarande 0,6 tjänst), medan behovet av geriatriker motsvarar två tjänster (5 utförare med vardera ett behov motsvarande 0,4 tjänst). Fler

kardiologer och färre geriatriker utbildas än vad som är önskvärt, vilket innebär att de regionala behoven inte möts. Detta trots att varje utförare har perfekt information och har optimerat resultatet för den enskilda verksamheten i enlighet med denna information.

Suboptimering lyfts i intervjustudien ofta fram som en naturlig konsekvens av sjukhusens organisation och styrning där den enskilda verksamheten enbart har ansvar för att leverera en så god vård som möjligt och verka för att maximera de egna förutsättningarna för detta. Suboptimeringen är på så vis inbyggd i systemet. Det framgår vidare i intervjustudien att det varken är önskvärt eller realistiskt att förvänta sig att en förvaltning eller en klinik ska optimera för andra behov än de egna.

Det andra viktiga skälet till viss regiongemensam styrning av ST-tjänsterna är att utförarna har begränsad information om hur framtida strukturförändringar i vården kan komma att påverka den egna verksamheten och behovet av kompetensförsörjning. Våra intervjuer indikerar att en verksamhets huvudsakliga inriktning vid rekrytering av ST-läkare är att klara av att bibehålla den nuvarande personalstyrkan, i normalfallet med ett implicit antagande om att uppdraget kommer att vara oförändrat.

VGR står dock inför stora **regionala strukturförändringar**, såsom omställningen av hälso- och sjukvården till en större andel nära vård. Även koncentration av viss vård som idag bedrivs på flera olika platser kan komma att påverka de befintliga verksamheternas uppdrag och organisation. Det är sannolikt inte möjligt för varje klinikchef att sätta sig in i och analysera hur omställningen och andra liknande initiativ långsiktigt kommer påverka den egna verksamheten. Regiongemensam styrning kan därför komma att bli avgörande för att klara sådana förändringar. På regional nivå finns en större kunskap om omställningen och motsvarande initiativ, vilket ökar möjligheterna för att styra på ett sådant sätt att nya behov kan mötas.

Många intervjupersoner påpekar att de saknar kunskap om hur omställningen kommer påverka det framtida kompetensbehovet i regionen. Det saknas många gånger också tid för verksamhetschefer att sätta sig in i och analysera hur framtida strukturförändringar kommer påverka den egna verksamheten. Merparten av intervjupersonerna anser sammanfattningsvis att man inte kan förvänta sig att enskilda verksamhetsföreträdare ska ta regionala utvecklingsplaner i beaktande vid kompetensförsörjning av den egna verksamheten.

Det tredje skälet är kopplat till **utbildningskvalitet**. Förvaltningarna har visserligen kunskap om sin egen och i viss utsträckning andra verksamheters utbildningskvalitet, men det framstår inte som sannolikt att detta styr fördelningen av platser. Det kan därför vara befogat att medvetet styra utbildningsplatser till kliniker med dokumenterat god utbildningskvalitet. I intervjustudien lyfts fram exempel på verksamheter vars brist på ST-läkare till stor del kan hänföras till att nyanställda väljer att avbryta utbildningen på grund av låg utbildningskvalitet. Här har regionen en roll i att säkerställa en grundnivå och inte riskera att tappa ST-läkare på grund av enskilda verksamheters oförmåga att upprätthålla en god utbildningskvalitet.

Sammantaget finns en stor enighet bland de intervjuade att huvudansvaret för kompetensförsörjningen, och därmed prioriteringen av ST-tjänster, bör finnas hos de enskilda förvaltningarna. I nästan lika hög grad finns en samstämmig uppfattning om att regionen har en viktig roll att fylla för att kompensera för suboptimering och framtida strukturförändringar inom hälso- och sjukvården samt att fungera som en garant för en god utbildningskvalitet.

3.2 Den nuvarande styrningen är svag

I föregående sektion 3.1 diskuterades behovet av regiongemensam styrning inom en modell där huvuduppdraget för kompetensförsörjning ligger hos utförarna. Med utgångspunkt i vad som framkommit i intervjuer och i analys av VGR:s styrmodell, framstår det som tydligt att det finns ett behov av att styra för att möta regiongemensamma behov. I nuläget prioriteras de regiongemensamma platserna av ST-styrningsgruppen. Gruppen har utöver detta vissa andra uppgifter:

- Säkra tillgången till utbildningsplatser genom ett generellt utbildningsuppdrag till respektive förvaltning, samt specifika för de regionalt prioriterade specialiteterna.
- Medverka tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämnderna och koncerninköp för ett ökat utbildningsuppdrag för vårdgivare som tecknar vårdavtal med Västra Götalandsregionen.
- Följa upp att de utbildande enheterna har en god utbildningsmiljö samt håller en god kvalitet och att de nationella och regionala riktlinjerna för AT och ST efterlevs

Flera intervjupersoner framhåller emellertid att gruppen hittills i huvudsak fokuserat sitt arbete på att genomföra regiongemensam prioritering av ST-tjänster, snarare än övriga ansvarsområden, som hamnat i skymundan. När styrningsarbetet fortsatt diskuteras i rapporten syftar detta därför primärt på prioriteringen av de gemensamma tjänsterna, eftersom det är den metod för styrning som i praktiken används.

De centrala prioriteringarna utgår i huvudsak från förvaltningarnas bedömning av de egna behoven

ST-styrningsgruppen ska, som beskrivs i sektion 2.2, utgå från fyra kriterier vid fördelningen av de regiongemensamma platserna: (1) regionala brister, (2) regionala utvecklingsplaner (3) delregionala brister samt (4) uppvisad utbildningskvalitet.

Av intervjustudien framgår att det huvudsakliga underlaget för prioriteringsarbetet är förvaltningarnas egna bedömning av de egna behoven, vilket svarar mot det tredje kriteriet, **delregionala brister**. I intervjuer har det beskrivits som att varje förvaltning tar med sig en ”önskelista”, som beskriver den egna bedömningen av brister och behov, till ST-styrningsgruppens årliga möte under våren. Önskemålen från respektive förvaltning redovisas ofta för övriga medlemmar först i samband med beslutsmötet, vilket medför att sammanställning av behov, diskussion och prioritering och fördelning av platser sker vid sittande bord.

Då beslut i gruppen fattas genom konsensus och förhandlingarna ska genomföras under kort tid med begränsad tid för medlemmarna att förbereda sig blir utfallet sannolikt en sammanvägning av de olika delregionala behoven. Att platserna historiskt har fördelats tämligen jämnt mellan de olika nämnderna skapar en outtalad norm om att varje förvaltning ska tilldelas ett visst antal platser, utifrån ett rättviseperspektiv och för att kunna motivera en solidarisk finansiering av platserna. Denna beslutsordning gör att det är svårt att jämföra och prioritera mellan olika delregionala behov. Normen om en jämn fördelning blir därför i delar en förutsättning för att det ska vara möjligt att fatta ett gemensamt beslut.

Det första prioriteringskriteriet, **regionala brister** kan till del analyseras genom att aggregera förvaltningarnas separata bedömningar. Denna aggregering skulle dock kräva mer omfattande underlag än vad som i dagsläget utarbetas av förvaltningarna, samtidigt som det kräver mer tid att arbeta igenom än vad medges i den nuvarande beslutsprocessen. Det saknas också andra underlag som möjliggör en sammanvägd bedömning av de regionövergripande kompetensförsörjningsbehoven på kort och lång sikt. För att kunna bedöma om önskemålen från förvaltningarna leder till suboptimering krävs att det finns en kvalificerad analys av de nuvarande och framtida behoven för samtliga specialiteter.

Den regionala kompetensförsörjningsplanen som tas fram centralt av HR bygger också nästan uteslutande på förvaltningsrapporterade data. I arbetet med att utarbeta kompetensförsörjningsplanen sker inte heller någon betydande databearbetning för att skapa en bild kring regionala brister. Detta dokument blir därmed inte heller användbart som underlag för att styra mot regionala brister.

Det andra prioriteringskriteriet är att beslut ska tas med hänsyn till **regionala utvecklingsplaner** och framtida strukturförändringar i hälso- och sjukvården. I nuläget har dock regionala utvecklingsplaner inget genomslag i ST-styrningsgruppens arbete. Anledningen är till stor del att det hittills varit otydligt hur regionala utvecklingsplaner är tänkta att påverka sjukvårdens organisation och uppdrag. Därmed saknas också möjligheter att omsätta innehållet i utvecklingsplanerna till behovsanalyser och åtgärder kopplat till kompetensförsörjning. Varken ST-styrningsgruppen eller HR har därför möjlighet att väga in utvecklingsplaner och strukturförändringar i sitt arbete.

Gällande det fjärde kriteriet **utbildningskvalitet** framkommer i intervjustudien att det saknas ett komplett och heltäckande underlag. I den mån som utbildningskvalitet värderas under mötet är utgångspunkten den kunskap och erfarenhet som finns bland deltagarna i ST-styrningsgruppen, snarare än i ett gemensamt faktaunderlag. Inom många specialiteter genomförs externa kvalitetsutvärderingar med jämna mellanrum, så kallade Spur-utvärderingar. Detta är emellertid inte något som görs konsekvent på regional nivå för alla specialiteter. Kvalitetsaspekter är därför ofta svåra att jämföra såväl mellan verksamheter inom en specialitet, som mellan olika specialiteter.

Sammantaget är slutsatsen att ST-styrningsgruppen i huvudsak utgår från förvaltningarnas bedömningar av behoven – det vill säga delregionala brister. För att även kunna väga in regionala brister vid platsfördelningen, behövs faktabaserade underlag avseende det regionala kompetensförsörjningsbehovet, inklusive behov som följer av regional utveckling, samt underlag för att prioritera baserat på utbildningskvalitet. Det vore dessutom önskvärt att utveckla en mer robust process för beslutsfattande. Om detta uppfylls, ökar möjligheterna att tillvarata de regionala informationsfördelar som beskrivs i Figur 6.

Det finns stora skillnader i hur förvaltningarna arbetar med att analysera sina egna behov

En förutsättning för att kunna jämföra behov på delregional nivå är att analyser utarbetas på ett ändamålsenligt och enhetligt sätt. I intervjustudien framkommer att det inte finns några metoder, riktlinjer eller mallar för utformning av förvaltningarnas behovsanalys. Varje förvaltning har en egen process för att samla in, bearbeta och förankra det underlag som presenteras i ST-styrningsgruppen. Metodskillnader i arbetet med underlagen kan i sig försvåra jämförbarheten vid central prioritering. Utöver detta framgår i intervjuarbetet även att det finns betydande kvalitetsskillnader mellan olika förvaltningar avseende hur

genomarbetat och förankrat underlaget är. Eftersom förvaltningarna bidrar med det enda egentliga beslutsunderlaget för ST-styrningsgruppen, medför frånvaron av kvalitetssäkring en begränsande faktor för prioriteringsarbetet. Det är vidare sannolikt att brister i arbetet med underlaget till ST-styrningsgrupper också motsvaras av brister i behovsanalysen för tillsättning av de förvaltningsstyrda platserna. I de fall det finns ett utvecklingsbehov gäller detta därför sannolikt arbetet i förvaltningen som helhet.

Det är inte klarlagt i vilken utsträckning prioriteringarna har en reell påverkan eller följs

Eftersom förvaltningarna både svarar för behovsanalysen, prioriteringarna och indirekt finansieringen av platserna i nuläget, är det sannolikt att den regiongemensamma styrningseffekten är begränsad. Det är fullt möjligt att utfallet skulle blivit detsamma oaktat om platserna var föremål för behandling i ST-styrningsgruppen, eftersom den underliggande behovsanalysen utgår från samma information. Det är därför inte klarlagt i vilken utsträckning prioriteringarna har en reell påverkan, i meningen att finansieringen går till platser som annars inte funnits.

Vidare lyfts i intervjuerna fram att det saknas en uppföljning av ST-styrningsgruppens beslut, vilket medför att det är osäkert i vilken utsträckning som beslutade prioriteringar följs. I och med att förvaltningen, snarare än kliniken, mottar ersättningen, är varje förvaltning i praktiken fri att finansiera en annan ST-tjänst än avsett.

Det görs en begränsad uppföljning där man studerat förändring i nettoårsarbetare per läkarspecialitet. Det finns dock inget sätt att urskilja vad en ökning eller en minskning av dessa nyckeltal beror på. En ökning av antalet nettoårsarbetare i en prioriterad specialitet kan därför bero på såväl att tjänster finansierats centralt, som att förvaltningar själva gjort satsningar, eller att andra kompetensförsörjningsinsatser genomförts. Ett ytterligare sätt att följa upp effekten vore att över tid undersöka hur stor andelen av totalt antal anställda läkare som klassificeras som ST-läkare. En sådan undersökning visar att vissa områden som varit föremål för satsningar, exempelvis barn- och ungdomspsykiatri, ortopedi samt obstetrik och gynekologi, numera har en relativt stor andel ST-läkare. Att andelen ST-läkare är hög kan dock bero på att det finns få specialist- och överläkare, och är därför inte nödvändigtvis ett tecken på framgångsrikt ST-rekryteringsarbete. Det vore sannolikt ändamålsenligt att istället genomföra en samlad uppföljning av att de platser som ST-styrningsgruppen beslutat om faktiskt tillsätts.

Vidare har det under arbetets gång också framkommit att det finns ett behov av att förtydliga kommunikationen runt de ekonomiska konsekvenserna av den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster.

ST-styrningsgruppen fyller alltså en viktig funktion och har en väl avvägd sammansättning

Även om styrningen utifrån ett regionalt perspektiv anses vara svag pekar flera intervjupersoner på att ST-styrningsgruppen fyller ett viktigt syfte även i dagsläget. För det första uppges det att gruppen fungerar som en arena för samarbete och samplanering, vilket underlättar lärande av varandra och informationsutbyte mellan förvaltningarna. För det andra kan gruppens beslut ha en viktig signaleffekt gentemot förvaltningarna, såtillvida att den

interna behovsanalysen måste redovisas. I förlängningen kan detta bidra till att kvaliteten på de förvaltningsinterna behovsanalyserna ökar.

Under intervjustudien har flera respondenter lyft fram att ST-styrningsgruppen har en väl avvägd sammansättning. Det anses vara en fördel att så gott som samtliga sjukhus är representerade, men att medlemmarna ändå inte agerar enbart i det egna sjukhusets intresse. Det framhålls vidare att dess representanter är kompetenta och att samarbetsklimatet är gott och konfliktfritt.

4 Motiverat med central styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin, men vissa utmaningar i nuvarande styrning

Detta kapitel innehåller en analys av dagens styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin. Inledningsvis belyser vi skillnaderna mellan styrmodellen inom allmänmedicin jämfört med den inom sjukhusspecialiteterna och konstaterar att skillnaderna kan vara motiverade utifrån att förhållandena skiljer sig åt. Avslutningsvis identifieras tre utvecklingsområden för ST-styrningen inom allmänmedicin. Observera att insikterna nedan bör ses som ett komplement till resultaten från den bredare översyn av utbildningsuppdraget för ST-läkare i allmänmedicin som avrapporterades under slutet av 2017.

4.1 Central styrning av ST inom allmänmedicin kan vara motiverat

Styrningen av ST inom allmänmedicin är mer centraliserad

Utifrån beskrivningarna i kapitel 2 är det tydligt att utförarna inom primärvården inte har lika stor frihet som sjukhusen har över sina ST-läkare. Verksamheterna inom allmänmedicin är från centralt håll begränsade av två faktorer som saknas på sjukhussidan, som är fria att tillsätta tjänster utifrån en egen bedömning av behoven. Dessa är:

- Verksamheten måste vara klassad som en **utbildningsvårdcentral** för att få ta emot ST-läkare
- Det finns ett **fast tak** på både nämnd- och vårdcentralsnivå för antalet ST-läkare som får tas emot samtidigt

Dessa skillnader behandlas vidare i sektion 4.2.

Skillnader i styrmodell gentemot sjukhusspecialiteterna kan vara motiverade givet att förhållandena skiljer sig åt

Det finns emellertid skillnader i förutsättningar som möjligtvis kan förklara och motivera att styrmodellen inom allmänmedicin innehåller en större grad av central styrning jämfört med sjukhusspecialiteterna.

Till att börja med föreligger en viktig skillnad kopplat till den grundläggande styrmodellen. Mellan beställare och utförare inom sjukhusvården är VÖK det styrande dokumentet, medan KoK-boken fungerar som motsvarighet inom primärvården. I enlighet med resonemanget i föregående kapitel är en mer decentraliserad modell lämplig för sjukhusspecialiteterna då VÖK innehåller relativt sett lite detaljstyrning. **KoK-boken däremot har ett större mått av detaljerad styrning** av utförarna och ett större inslag av kontraktsstyrning.

Detta är sannolikt en konsekvens av betydligt **större andel privata utförare** jämfört med sjukhusvården där de offentligt ägda sjukhusen dominerar. En styrmodell som är mer tillitsbaserad och decentraliserad har bättre förutsättningar att fungera om den tillämpas inom en och samma organisation, jämfört med att tillämpa samma modell gentemot externa

aktörer som upphandlats. För att kunna följa upp hur externa utförare hanterar utbildningsuppdraget måste regionen använda sig av hårdare styrning, vilket också måste tillämpas på offentligt ägda utförare på grund av kraven på konkurrensneutralitet.

Vidare medför vårdvalsmodellen central finansiering av samtliga platser, vilket också är en viktig skillnad kontra sjukhusmodellen. En regiongemensam finansiering kan **i sig motivera** ett större mått av regiongemensam styrning, men central finansiering **sänker också barriärerna** för en vårdcentral att ta in en ST-läkare. Detta kan motivera ett behov av ökad kontroll för att säkerställa att tjänstgöringsplatserna möter de nödvändiga kvalitetskraven och inte missbrukas av utförarna. Barriärerna för att ta in en ST-läkare vore högre om vårdcentralerna finansierade platserna med egna medel. En vårdcentral skulle i detta scenario anställa ST-läkare enbart då behovet överstiger kostnaderna som uppstår. Under dessa förutsättningar blir behovet av central kontroll av kvalitet lägre.

Avslutningsvis skiljer sig en vårdcentral och ett sjukhus sig åt som utbildningsmiljöer. I en sjukhusmiljö har ST-läkare generellt sett **bättre förutsättningar för handledning och instruktion** givet större läkartäthet och större inslag av teambaserade arbetssätt inklusive tät rondning. Sjukhusen har också en bredare bas av olika specialistkompetenser på plats. Detta innebär dock inte att det saknas förutsättningar för att skapa en bra utbildningsmiljö på en vårdcentral. Dock är behovet av att i fråga om sjukhusen centralt planera för att säkerställa att ST-läkaren har tillgång till handledning och stöd mindre än motsvarande behov vid vårdcentraler.

4.2 Tre utmaningar i dagens styrning av ST-tjänster inom allmänmedicin

Systemet med utbildningsvårdcentraler påverkar förutsättningarna att kompetensförsörja vårdcentraler med stora rekryteringsbehov

Även om förutsättningarna skiljer sig mellan sjukhusen och primärvården finns grundtanken att ansvaret för kompetensförsörjning ligger på utföraren kvar, i det att vårdcentralen ansvarar för att rekrytera och utbilda ST-läkare. Samtidigt finns ett striktare regelverk inom primärvården för att avgöra om en vårdcentral får ta emot ST-läkare. Regelverket framgår av den så kallade KoK-boken som utarbetas av enhet primärvård vid Koncernkontoret. Studierektorerna, som inom allmänmedicin har en betydligt större roll än inom sjukhusspecialiteterna, ansvarar sedan för att bedöma om vårdcentralerna uppfyller de fastställda kriterierna. Detta fungerar begränsande för de utförare som inte blir godkända som utbildningsvårdcentraler och därmed inte kan rekrytera ST-läkare.

Studierektorerna lyfter å sin sida att de gärna skulle ha ett större handlingsutrymme för att kunna utföra sitt uppdrag; att garantera en god utbildningskvalitet för ST-läkarna. Här finns en tydlig målkonflikt för vilken VGR måste hitta en bra balans; målet kring att ha en genomgående en hög utbildningskvalitet kan kollidera med andra mål kring kompetensförsörjning. Detta är också något som blivit tydligt i intervjustudien. Om kraven på utbildningskvalitet är för högt ställda finns en risk att skapa moment 22, där vårdcentraler som saknar specialister, och därmed har ett stort behov av att få ta emot ST-läkare, inte kvalificerar sig som utbildningsvårdcentraler. Å andra sidan kan alldeles för låga krav vara kontraproduktivt då det finns en risk att ST-läkare söker sig till andra närliggande landsting, alternativt att kvaliteten på regionens läkare inom allmänmedicin på sikt försämras.

I vilken utsträckning ett sådant moment 22 har praktisk betydelse i dagens system är svårt att säga. Vi kan dock konstatera att 90 % av vårdcentralerna idag uppfyller kraven för att vara utbildningsvårdcentral. Andelen som kvalificerar sig varierar inte nämnvärt mellan nämnder, men är något lägre i Göteborg. Även om det är förhållandevis många vårdcentraler som uppfyller kraven kan situationen förstås vara frustrerande för en enskild verksamhet som samtidigt har svårt att rekrytera specialister, men som inte får ta emot några ST-läkare.

Gränsen för antal ST-läkare sätts ej efter faktiska behov och minskar flexibiliteten hos vårdcentralerna

Utöver kriterierna för att vara utbildningsvårdcentral finns en begränsning av antalet ST-läkare regionen som helhet, varje nämnd och varje vårdcentral får ta emot.

Det finns, som ovan nämnts, en övre gräns på 440 ST-läkare som kan få finansiering samtidigt. Varje nämnd har ett visst antal tilldelade platser utifrån antal invånare, som bildar ett tak inom varje nämnd. På samma sätt finns en gräns för varje enskild vårdcentral. Tidigare var denna gräns fem stycken ST-läkare för samtliga vårdcentraler, men detta kommer inom kort ändras till att vara ett relativt mått baserat på antal listade patienter. Varje vårdcentral kommer då få ta emot en ST-läkare per varje 1 500 listade patienter.

Dessa tak är en central styrmekanism och begränsning inom systemet för ST-läkare inom allmänmedicin, men är problematiska då dess baser bortser från faktiska behov. Exempelvis är det möjligt att en vårdcentral har många listade patienter, men har ett litet faktiskt rekryteringsbehov. En annan vårdcentral kan vara mindre och ligga i en nämnd med liten befolkning, men ha ett stort rekryteringsbehov. Det föreligger här en risk att ojämlikhet i kompetensförsörjning förstärks mellan olika regioner och vårdcentraler.

Detta förstärks ytterligare av att dessa tak också gäller om en ST-läkare exempelvis går på föräldraledighet. En person kan uppbära finansiering och därmed blockera en plats, men ändå inte vara delaktig i produktionen. Detta är särskilt problematiskt för mindre vårdcentraler som är blir mer känsliga för denna typ av blockering.

Det kan å andra sidan hävdas att i alla fall taket på antalet listade patienter är rimligt utifrån perspektivet om utbildningskvalitet. En ST-läkare inom allmänmedicin måste kunna tillgodogöra sig en viss patientkontakt. Detta gör att det inte bör vara ”för trångt” på vårdcentralen i meningen att det går för många ST-läkare per patient.

Problematik kring bristande bakomliggande analys och avsaknad av konkreta mål finns även inom allmänmedicin

Enligt nuvarande modell finns ett fast antal platser (440 stycken) som kan få central finansiering samtidigt. Det har under intervjuerna inte framkommit vad detta tak är baserat på, utan av allt att döma verkar detta vara en uppskattning baserad på erfarenhet. Idealt sett skulle detta antal vara baserat på hur många specialister som behövs nu och framöver, utifrån en konkret målbild.

Det relevanta utfallsmåttet är dessutom inte hur många personer som just nu tjänstgör som ST-läkare, utan målet borde i grunden vara baserat på hur många som blir färdiga specialistläkare. Antalet läkare i pågående utbildning kan vara identiskt mellan två landsting, men generera olika resultat om genomströmningen är olika snabb. Att formulera målet

utifrån antal inskrivna personer fungerar enbart om man kan uppskatta och ta hänsyn till den genomsnittliga genomströmningstiden.

Det finns vidare anledning att anta att avsaknaden av bakomliggande analys är delvis orsakat av avsaknaden av konkret formulerade mål. Flera intervjupersoner betonar att det saknas en konkret målbild som beskriver hur primärvården i sin helhet väntas se ut i framtiden, trots att de flesta är överens om att området står inför stora förändringar. Utan en klar målbild för den framtida organisationen och uppdraget blir det omöjligt att formulera ett framtida kompetensförsörjningsbehov. Det fasta taket riskerar utan en tydlig målbild att bli en riskabel gissningslek.

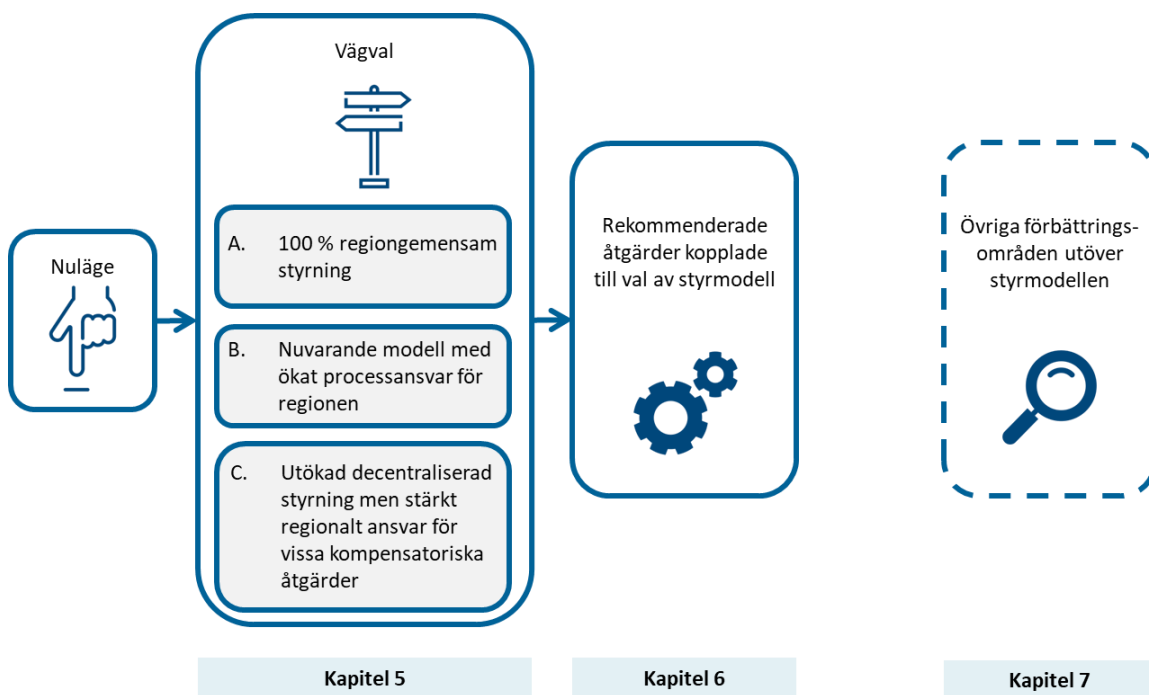
Notera att framtida behov också måste vägas mot nuvarande behov vid uppskattning om vad taket i modellen bör vara. Även om en bedömning av de framtida behoven indikerar att antalet ST-läkare inom allmänmedicin bör förändras för att, exempelvis, primärvården väntas bemannas av andra specialiteter i större utsträckning, kan det finnas behov av att anpassa taket för att även nuvarande produktionsbehov måste tillgodoses.

5 Tre möjliga styrmodeller för stärkt styrning av ST inom sjukhusspecialiteterna har identifierats

I detta kapitel presenteras tre olika styrmodeller och dess för- och nackdelar. Den första motsvarar en modell med hundra procentig regiongemensam styrning. Den andra modellen innebär att fortsätta med nuvarande modell med utökad processansvar för Koncernkontoret. I den tredje modellen renodlas rollerna – förvaltningarna ges ett tydligt ansvar för huvuddelen av prioriteringarna men det sker vissa kompensatoriska åtgärder från regionalt håll.

I enlighet med Figur 7 presenteras här alternativ A-C. I vidare kapitel diskuteras rekommendationer och åtgärder kopplade till styrmodellen. Avslutningsvis avhandlas övriga förbättringsområden som har identifierats inom ramen för arbetet.

Figur 7. Vägval och rekommendationer i det fortsatta arbetet



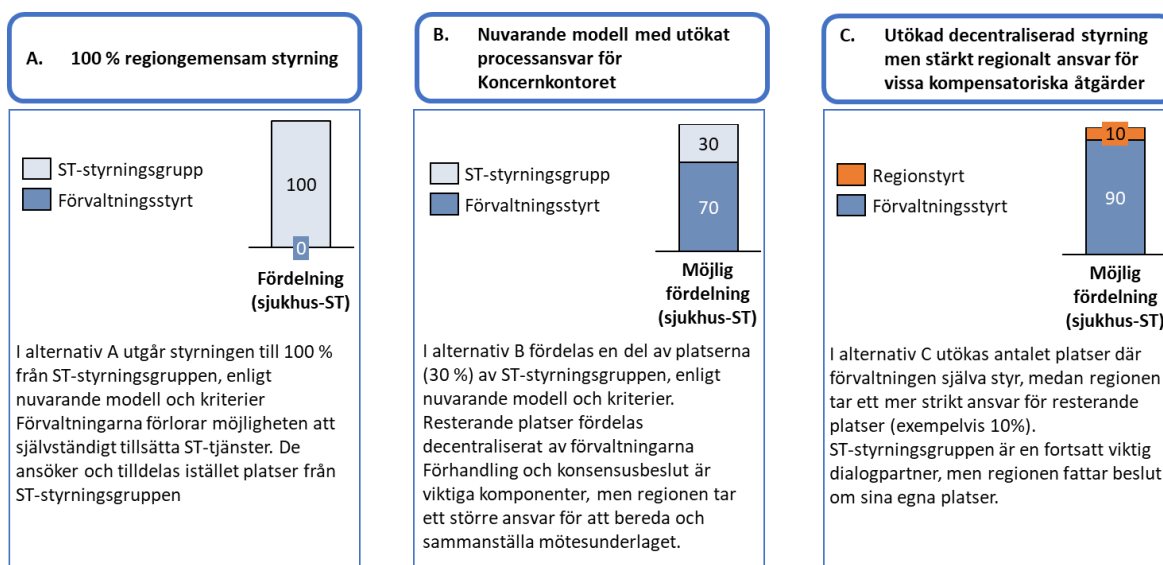
Alternativ A motsvarar den i uppdraget från Personalutskottet beskrivna modellen, där 100 % av platserna omfattas av ST-styrningsgruppens arbete.

Den modell som föreslås i alternativ B motsvarar i hög grad nuvarande styrmodell med förändringen att Koncernkontoret tar ett samlat ansvar för beredningsprocessen i ST-styrningsgruppen. Detta kan i praktiken innebära att Koncernkontoret tar fram mallar för förvaltningarnas förberedelsearbete, säkerställer att analyserna håller en god kvalitet samt ansvarar för att bereda beslutsunderlag inför prioriterings- och fördelningsmötet. En viktig del är också att ansvara för att processen som helhet är tydlig och transparent, med i förväg fastställda milstolpar för exempelvis när förvaltningarna ska inkomma med underlag inför beredning av beslutsunderlag för mötet. Detta ger Koncernkontoret möjlighet att väga samman förvaltningarnas perspektiv med andra relevanta underlag och göra en egen analys av de regionala behoven. Baserat på denna analys kan sedan ett förslag på prioritering och fördelning av ST-tjänster utarbetas och kommuniceras till mötesdeltagare i god tid innan

beslutsmötet. På så vis blir regionen en tydlig ägare av den regiongemensamma styrningen, samtidigt som kvaliteten i såväl beslutsunderlagen som processen ökar.

I alternativ C är utgångspunkten att styrmodellen renodlas utifrån de olika nivåernas roller i systemet som följer av ägar-beställar-utförarmodellen. I detta alternativ överförs kompetensförsörjningsansvaret i ännu högre grad idag till förvaltningarna. Detta innebär att styrningen för nästan samtliga platser decentraliseras. Regionens funktion blir att självständigt förfoga över ett mindre antal platser, som enbart disponeras med syftet att kompensera för suboptimering och regionala omställningar. ST-styrningsgruppen blir i denna modell mer av en dialogpartner för Koncernkontoret, snarare än en arena för beslut om styrning. Grundantagandet för denna modell är att styrningen fungerar bäst decentraliserat och att regionen endast fördelar ett mindre antal platser i syfte att kompensera i fråga om behov som är svåra för förvaltningarna att identifiera. Ett ytterligare grundantagande är att inslaget av förhandling och konsensusbeslut som finns inbyggt i ST-styrningsgruppens nuvarande roll försvårar genomförandet av skarpa regionövergripande prioriteringar och att Koncernkontoret självständigt bör kunna lämna förslag på sådana prioriteringar. Dessa modeller presenteras grafiskt i Figur 8 nedan.

Figur 8. Sammanfattning av alternativa styrmodeller



Notera att andelen tjänster som fördelas centralt respektive av förvaltningarna i alternativ B och C endast är exempel. Det är fullt möjligt att utforma motsvarande modeller med en högre eller lägre andel förvaltningsstyrda platser, baserat på vad som bedöms ändamålsenligt vid närmare analys. Det är också tänkbart att tänka sig en tredelad modell, där alternativ B och C kombineras. Det skulle innebära att ST-styrningsgruppen även fortsatt beslutar om fördelning avseende en viss andel av tjänsterna, men att regionen i tillägg till dessa även självständigt förfogar vissa platser. Av utrymmesskäl diskuteras dock fortsatt endast de tre renodlade modellerna.

A. 100 % regiongemensam styrning

I intervjuerna framkommer genomgående en farhåga för **ökad misstro och frustration** mellan förvaltningarna och Koncernkontoret vid införandet av en fullt ut central styrning. Ägar-beställar-utförarmodellen och VÖK i nuvarande form vilar på en i grunden

tillitsbaserad modell, som riskerar att undergrävas. I intervjuerna framkommer att många verksamhetschefer sannolikt skulle reagera kraftigt mot en fullt ut centraliserad modell, eftersom det väsentligt skulle begränsa deras handlingsutrymme och självständighet i rollen som ansvariga för verksamheten.

Å andra sidan är den mest uppenbara fördelen att regionen i teorin får **mycket god kunskap om antalet ST-läkare** och hur dessa fördelar sig mellan olika förvaltningar och specialiteter. Dessvärre föreligger det en betydande risk att **problematiken med osanktionerade ST-tjänster förstärks** i en helt regiongemensam modell. Hälso- och sjukvården i regionen är ett omfattande och komplext system där verksamheterna både kan finnas geografiskt och organisatoriskt långt ifrån Koncernkontoret. Flera intervjupersoner menar att en fullt ut regiongemensam styrning ökar risken för att verksamheterna hittar kreativa lösningar för att komma runt centralstyrningen. En sådan strategi kan vara att anställa osanktionerade ST-tjänster i tillägg till de tilldelade tjänsterna man fått. Detta undergräver både regionens förmåga att planera och styra regiongemensamt, då beslutsunderlaget försämrats kraftigt, samtidigt som det bidrar till att alla de baksidor som finns med ”gråblockare” återaktualiseras (exempelvis en sämre arbetsmiljö för ST-läkare och försämrad utbildningskvalitet).

Det finns också en ökad risk att platserna inte tillsätts över huvud taget, utan används till andra ändamål. En sådan risk finns förstås oavsett modell, men risken och effekterna ökar ju större del av platserna som omfattas av central styrning. I och med att utbetalningarna i regel görs till förvaltningen med öronmärkning snarare än direkt till de enskilda klinikerna är det svårt att i dagsläget följa upp till vilken ST-tjänst som pengarna faktiskt använts för. Detta innebär att ett **nytt ersättnings- och uppföljningssystem måste utvecklas**. Detta system blir parallellt till det som idag används för VÖK, eftersom ersättningen för samtliga ST-platser måste räknas av från VÖK. Ett undantag för ST måste också skrivas in i VÖK. Att styra på det sättet bedöms vara möjligt, men ökar komplexiteten och riskerar att öka den administrativa bördan inom såväl förvaltningarna som vid Koncernkontoret.

Att undantag måste skapas från VÖK relaterar till en ytterligare nackdel med modellen, nämligen att **en särlösning för en enskild personalgrupp** skapas. Utförarna förlorar därvid inflytande över en central produktionsresurs. Andelen ST-läkare av det totala antalet anställda läkare varierar mellan 20 % och 40 %, beroende på specialitet. Att centralstyra dessa vore alltså ett stort ingrepp i en mycket viktig yrkeskategori inom vården, utöver att det i sig är ett tydligt avsteg från ägar-beställar-utförarmodellen. Detta skulle sannolikt skapa förvirring och en svår praktisk situation, där förvaltningarna skulle ha fullt ansvar för bemanning och kompetensförsörjning av alla andra yrkeskategorier förutom ST-läkargruppen. En naturlig fråga är om en så pass stor skillnad och drastisk särlösning är motiverad.

En tänkbar fördel med ett regiongemensamt system är att det **öppnar upp för en mer transparent rekryteringsprocess**. I många fall bygger tillgängligheten till ST-tjänster på tidigare exponering och kontakter inom en viss klinik. Detta innebär enligt intervjupersonerna att många tjänster tillsätts via kontakter och tidigare kännedom snarare än genom transparenta och öppna rekryteringsprocesser. Detta riskerar att kompetenta kandidater i vissa fall förbigås i rekryteringsarbetet. Att anställa personal som är känd sedan tidigare är emellertid inte enbart av ondo, eftersom det också kan bidra till att minska antalet felrekryteringar och förkorta inkörningsperioden. Flera intervjupersoner lyfter fram att det viktigt tjänstgöringen inleds med en provperiod, där man som arbetsgivare och ST-läkare lär känna varandra.

En fullt ut central styrning ställer också stora krav på **Koncernkontorets förmåga att göra korrekta bedömningar**. Eftersom avståndet till verksamheten är förhållandevis stort, är det dock osannolikt att det går att sammanställa ett informationsunderlag motsvarande det en klinikchef har tillgång till. Ett vanligt problem vid alla former av centralplanering är att man inte har tillgång till all information som alla självständiga aktörer närmare verksamheten har.

Ett centralplanerat system blir vidare **mindre flexibelt**. Ett exakt antal platser för varje enskild klinik måste definieras på förhand för att **skapa förutsägbarhet för klinikerna**. Detta kan också vara en fördel i att underlätta planering kring personalfrågor, men det är osannolikt att den vägs upp av den begränsning som systemet skulle innebära för att lösa uppkomna situationer. Att platser tilldelas på förhand innebär exempelvis att det inte är möjligt att omedelbart rekrytera en ersättare om en eller flera av de tilldelade läkarna oväntat väljer att sluta. Istället måste nästa tilldelning inväntas, vilket kan innebära problem särskilt för mindre sjukhus. Flera respondenter beskriver att det finns en överhängande risk för att ST-styrningsgruppen får svårt att rekrytera från representanter från förvaltningarna, då det uppfattas vara en mycket svår och otacksam uppgift att ansvara för ett till fullo centralplanerat system.

Genomförda intervjuer bekräftar slutsatsen att styrningen av ST-tjänster bör vara anpassad till principen om decentraliserat ansvar för att bedriva verksamheten. Nästan samtliga respondenter uppger att det finns tungt vägande skäl till att förvaltningarna även i framtiden bör ha huvudansvar för kompetensförsörjningen. Att ha en VÖK som ger stor frihet till utförare i termer av att tolka uppdraget och utforma sin egen organisation, men samtidigt kraftigt begränsa utförarens frihet att kompetensförsörja nämnda organisation skulle riskera att orsaka betydande svårigheter i hanteringen av den dagliga verksamheten.

Sammantaget är bedömningen att ett system med hundra procentig regiongemensam styrning har betydligt **fler nackdelar än fördelar**.

B. Nuvarande modell med utökat processansvar för Koncernkontoret

Jämfört med alternativ A har alternativ B och C många gemensamma fördelar, eftersom alternativen B och C i högre grad är anpassade till en decentraliserad styrmodell. Fördelarna de medför jämfört med alternativ A är exempelvis ett mer **flexibelt system med större ansvar för förvaltningarna**. Dessa båda alternativ innebär också större stringens sett till grundprincipen i ägar-beställar-utförarmodellen, en mindre utsatt position för regionen i fråga om ansvar för beslutsunderlag, samt en modell med bättre förutsättningar för fortsatt god tilltro mellan parterna. Dessa fördelar kommer inte behandlas vidare, utan i huvudsak fokuserar efterföljande två sektioner på att beskriva hur alternativ B och C förhåller sig till varandra.

En stor fördel med alternativ B, kontra alternativ C, är att **ST-styrningsgruppen behåller sin nuvarande form, vilket underlättar samplanering och erfarenhetsutbyte**. I alternativ C får ST-styrningsgruppen en roll som mer får karaktären av dialogpartner och remissinstans för Koncernkontoret. ST-styrningsgruppen kan dock finnas kvar som ett forum där man samlar kompetens från olika förvaltningar för andra uppgifter, i linje med gruppens bredare arbetsbeskrivning.

Den mjukare och förhandlingsinriktade styrningsmodellen som B innebär kontra C medför större möjligheter för samplanering och att gemensamt lösa regiongemensamma utmaningar.

Det kan ha ett viktigt signalvärde kopplat till att driva arbetet i en mer regiongemensam inriktning och bidra till att gruppen på ett naturligt sätt bidrar till samarbete och motverkar suboptimering. Vidare ökar möjligheten att förankra beslut med förvaltningarna. I intervjustudien framkommer att besluten som fattas i ST-styrningsgruppen upplevs som mer legitima i verksamheterna i och med att förvaltningarna har sina egna representanter i gruppen, jämfört med om regionen ensamt fattat beslut.

Emellertid finns det också möjliga nackdelar kopplat till **förhandlingsdynamiken** i ST-styrningsgruppen, som kan **minska regionens möjlighet att påverka utfallet**. En viktig del av alternativ B är ett ökat ansvarstagande från regionens sida kopplat till beredning och process av ST-styrningsgruppens arbete, men risken kvarstår fortfarande att de regionala behoven och det regionala perspektivet inte får genomslag. Även om Koncernkontoret noggrant bereder ärendet, är den föreslagna fördelningen fortfarande föremål för förhandling och konsensbeslut. I en sådan förhandlingssituation har förvaltningarnas representanter en naturlig fördel, som en följd av deras djupare verksamhetskunskap.

C. Utökad decentraliserad styrning men stärkt regionalt ansvar för vissa kompensatoriska åtgärder

Alternativ C har många fördelar kontra alternativ A kopplat till att den innebär en nödvändig decentraliserad styrning av majoritetens andel av platserna. Dessa är behandlade i föregående avsnitt.

Jämfört med alternativ B har alternativ C en fördel i att **låta utförare bära huvudansvaret i ännu högre grad**, vilket ligger i linje med den grundläggande ägar-beställar-utförarmodellen. I alternativ C avskaffas ST-styrningsgruppen som ett beslutsberedande organ. Den regionala styrningen omfattar endast beslut om kompletterande tjänster, i tillägg till de platser som tillhandhålls på förvaltningsnivå. ST-styrningsgruppen kan fortsatt fungera som ett forum för dialog och samverkan, men ansvarar i fråga om prioritering och fördelning av platser endast som remissinstans.

I och med denna renodling av syften garanterar också alternativ C att identifierade **regionala behov tillvaratas utan risk att bli bortförhandlade**, vilket pekats ut som en risk i alternativ B. En oro är att dessa behov kan komma att hamna i skymundan gentemot de delregionala behoven, som förvaltningarna ser som prioriterade.

Införande av alternativ C innebär att regionen tar ett större ansvar för att besluta om fördelning av en mindre del av platserna. Detta medför dock ökade krav på **regionens förmåga att göra korrekta bedömningar** av de regionövergripande behoven jämfört med i alternativ B. Detta innebär också att regionen kan ha svårare för att öva sig på att syntetisera regionala behov, utan istället kan cementera suboptimeringar. I alternativ C är regionen tydlig avsändare och ansvarig för att dessa platser lyckas möta de regiongemensamma behoven. Det är tänkbart att det finns svårigheter att "beställa" ST-tjänster av förvaltningarna, vilket är vad som i praktiken sker när regionen fattar beslut om de kompletterande platserna, utan att förvaltningarna själva deltagit aktivt i fördelningsbeslutet. Samtidigt har det under intervjuerna framkommit att förvaltningarna sannolikt är beredda att acceptera en sådan ordning, under förutsättning att Koncernkontorets beslut grundats på ett transparent och genomarbetat underlag, samt att förvaltningarna beretts möjlighet att ge sin syn på frågan under processens gång.

Nedan följer en sammanställning av för- och nackdelar kopplade till de olika alternativen:

Figur 9. För- och nackdelar med de olika styrmodellerna

	A. 100 % regiongemensam styrning	B. Nuvarande modell med utökat processansvar för Koncernkontoret	C. Utökad decentraliserad styrning men stärkt regionalt ansvar för vissa kompensatoriska åtgärder
	• God central kunskap om antalet ST-läkare • Öppnar upp för mer transparent rekryteringsprocess	• Förvaltningarna erbjuds fortsatt flexibilitet och eget ansvar • ST-styrningsgruppen i sin ordinarie form underlättar samplanering och erfarenhetsutbyte kopplat till platserna som styrs regiongemensamt	• Att låta utförare bära huvudansvaret ligger i linje med den grundläggande styrmodellen • Regionala behov tillvaratas effektivt utan risk att bli bortförhandlade
	• Stor risk för ökad misstro mellan förvaltningarna och Koncernkontoret • Ställer stora krav på regionens förmåga att göra korrekta bedömningar trots att man är längre från verksamheten • Skapar en särlösning för en enskild personalgrupp där utförarna förlorar inflytande över en central produktionsresurs • Risk att problematiken med "gråblockare" förstärks • Mindre flexibilitet - exakt antal platser måste definieras på förhand vilket begränsar klinikernas flexibilitet för att lösa enskilda uppkomna situationer • Kräver att komplext ersättningssystem utvecklas och undantag i VÖK skapas	• Förhandlingsdynamiken i ST-styrningsgruppen kan försvåra regionens möjlighet till reellt inflytande trots ökat ansvar för beredning och process	• Ställer krav på regionens förmåga att göra korrekta bedömningar av de regionövergripande behoven

6 Rekommendationer för en stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster inom sjukhusspecialiteterna

I detta kapitel presenteras rekommendationer för en stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster. Inledningsvis ges en rekommendation utifrån det beskrivna vägvalet mellan de tre styrmodellerna. Utifrån denna rekommendation presenterar vi ett antal rekommendationer för att skapa förutsättningar för en fungerade styrning utifrån rekommenderad modell.

Mottagare för rekommendationerna och ansvariga för att ta fram en konkretiserad genomförandeplan föreslås vara ST-styrningsgruppen och Enhet Strategisk kompetensförsörjning vid Koncernkontoret. Även Koncernstab Hälso- och sjukvård bör involveras i arbetet då de svarar för den regiongemensamma kunskapen om vårdens framtida utveckling, vilken har avgörande betydelse för förutsättningarna för framtidens kompetensförsörjning.

Med utgångspunkt i analysen i föregående kapitel drar vi slutsatsen att alternativ B eller C är att föredra, snarare än alternativ A. Det finns mot bakgrund av vad som framkommit i utredningsbetet starka skäl att undvika en helt centraliserad styrning av ST-tjänster.

Alternativ C har en fördel då regionen kan genomföra en tydlig regional styrning för att motverka de brister som följer av en i grunden decentraliserad styrning. Det kan anses vara särskilt relevant i ljuset av omställningen, och de stora strukturförändringar som hälso- och sjukvården står inför under kommande år. Den samlade bedömningen är dock att nackdelarna är större i alternativ C än i alternativ B. Alternativ C är en klart mer riskabel modell för Koncernkontoret, eftersom det innebär ett ansvar att självständigt kunna kompensera för att tillgodose de regionala behoven. Att utarbeta en analysmodell för bedömning av regionala behov och att konkretisera målbilden för det regionala omställningsprogrammet innebär i sig ett utvecklingsarbete, vilket gör att det i nuläget inte ter sig lämpligt att också ta ett ökat beslutsansvar för kompetensförsörjningen. Notera att Koncernkontoret även i alternativ B måste tillskansa sig samma information som i alternativ C, men bedömningen är att besluten får en högre grad av förankring hos förvaltningarna i alternativ B utöver att de kvalitetssäkras genom ST-styrningsgruppen. Det bedöms också mer sannolikt att samarbetet i att utveckla processerna för att få fram information kan fungera bättre om förvaltningarna får delta i prioriteringsprocessen genom ST-styrningsgruppen.

Alternativ B har också fördelen att det innebär en förstärkning, snarare än en genomgripande förändring, av nuvarande styrmodell. Eftersom flera brister har identifierats i den nuvarande processen, finns anledning att överväga förbättringsåtgärder innan andra alternativ övervägs. Detta gäller i synnerhet eftersom att den nuvarande modellen i grunden bedöms vara väl anpassad till regionens förhållanden och behoven. Eftersom effekterna av den nuvarande modellen dessutom ännu inte utvärderats i sin helhet, bör genomgripande förändringar åtminstone anstå tills en sådan utvärdering kunnat genomföras. Vår rekommendation är därför att stärka, snarare än att ersätta, den befintliga modellen.

Den sammantagna rekommendationen är därför att den **nuvarande modellen behålls med tillägget att Koncernkontoret tar ett ökat processansvar**. I resterande delar av kapitlet beskrivs utvecklade rekommendationer för hur tillämpningen av alternativ B kan stärkas på en rad olika sätt.

6.1 Utveckla ST-styrningsgruppens arbetssätt

Om nuvarande styrmodell ska fungera krävs att ST-styrningsgruppens arbete blir mer ändamålsenligt. Inom ramen för arbetet har vi identifierat två huvudsakliga förbättringsåtgärder.

Utveckla metoder för att kunna beakta regiongemensamma behov vid prioritering och fördelning av ST-tjänster

För det första behöver gruppen säkerställa att **samtliga kriterier tas i beaktande** vid prioritering, snarare än enbart delregionala behov. Detta är fundamentalt för att få en styrning som har faktiskt genomslag utifrån ett regionalt perspektiv.

- För bedömningen av det första kriteriet om regionala brister bör Koncernkontoret utveckla en **analysmodell som identifierar och rangordnar bristspecialiteter utifrån ett regionalt perspektiv** för att motverka suboptimering. Denna modell bör inte enbart bygga på förvaltningarnas egna bedömningar av bristyrken, då problemet med suboptimering inte hanteras med enbart denna datakälla. Koncernkontoret bör istället på regionövergripande nivå matcha nuvarande och framtida utbud av specialistläkare mot nuvarande och framtida organisation. En förutsättning för detta är att samtliga ST-läkare klassas som ST-läkare i systemet, vilket förstärker behovet av att åtgärda eventuella kvarvarande problem med osanktionerade ST-tjänster. Detta kan göras inom, eller parallellt med, ett förbättringsarbete kopplat till att utveckla de regionala kompetensförsörjningsplanerna. Det pågår just nu ett arbete i att ta fram en ny modell för att göra den här typen av analyser och Koncernkontoret bör säkerställa att den kan användas på önskvärt sätt.
- För bedömningen av det andra kriteriet avseende regionala utvecklingsplaner är det angeläget att Koncernkontoret utvecklar en **målbild** som konkretiserar **kommande regionala strukturförändringar** och konsekvenserna för den framtida kompetensförsörjningen. Med utgångspunkt i en sådan målbild kan underlag och analyser avseende kompetensförsörjning utarbetas. I nuläget är det mest aktuella exemplet omställningen till en nära vård. Inom detta område har ett viktigt arbete påbörjats där en arbetsgrupp satts samman för att genomföra simuleringar för överföring av uppdrag och finansiering till den nära vården. Ytterligare en arbetsgrupp har tillsatts för att utifrån resultaten i ovan nämnda uppdrag genomföra simuleringar av kompetensförskjutningar, eventuella behov av nya kompetenser samt aktiviteter för att attrahera till arbete inom nära vård. Inom ramen för detta arbete bör man genomföra gapanalyser där nuvarande kompetensförsörjningsplaner matchas mot behov som skapas av regionala utvecklingsplaner. En sådan analys utgår från en kartläggning av framtida behov (exempelvis: ”antalet gynekologer kommer om tio år att behöva vara 50 % fler än i nuläget”). Detta behov matchas mot en prognos av det förväntade läget utan särskilda åtgärder (exempelvis: ”antalet anställda gynekologer om tio år beräknas med nuvarande utbildningstakt vara 20 % högre än i nuläget”). Matchningen resulterar i en gapanalys som beskriver i vilken utsträckning aktiva åtgärder för att möta det framtida behovet kan

krävas (exempelvis: ”ST-styrningsgruppen måste säkerställa att gapet motsvarande 30 % av det nuvarande antalet gynekologer täcks upp”).

- För bedömningen av **delregionala bristspecialiteter** krävs ett utvecklat arbete inom förvaltningarna. Det är centralt att denna data är enhetlig och jämförbar mellan olika förvaltningar för att kunna väga delregionala behov mellan varandra. Det viktigaste steget för att säkerställa tillförlitliga data på delregionala bristspecialiteter är att Koncernkontoret tar fram och förankrar ett standardiserat arbetssätt för att genomföra behovsanalyser inom förvaltningarna. Behovsanalysen bör vara heltäckande och kunna ge en lägesbild för samtliga specialiteter inom förvaltningen, snarare än enbart de specialiteter där behovet bedöms vara störst. Koncernkontoret bör också aktivt stötta förvaltningarna i att ta fram detta underlag för att säkerställa att det håller hög kvalitet och tas fram i en enhetlig process.
- För bedömningen av det fjärde kriteriet **utbildningskvalitet** bör Koncernkontoret verka för att samtliga specialiteter inom alla förvaltningar regelbundet genomgår externa kvalitetsutvärderingar, så kallade Spur-utvärderingar. Detta samlade underlag över utbildningskvalitet bör fungera vägledande för att säkerställa att ST-läkarna fördelas till sjukhus med hög utbildningskvalitet. Koncernkontoret bör därför i ett samlat dokument löpande sammanställa uppgifter från den senaste tillgängliga utvärderingen. Koncernkontoret bör också följa upp de förvaltningar där brister i utbildningskvalitet konstateras.

Utveckla en tydlig och transparent process

För att ytterligare öka möjligheterna till ett större genomslag för det regionala perspektivet krävs också en **utvecklad arbetsprocess** där Koncernkontoret står som ägare. Att ägarskap för processen ligger hos Koncernkontoret är naturligt då en det rör sig i stor utsträckning om prioritering utifrån regionala behov och andra faktorer där regionen har god insyn. Att stärka Koncernkontorets ägarskap för processen kan vidare ha positiva effekter för att balansera den asymmetriska informationen som finns mellan representanter för Koncernkontoret och verksamhetsrepresentanter. Detta kan fungera som en garant för att de regionala behoven får genomslag.

Ett viktigt steg för att Koncernkontoret ska kunna ta ett större ägarskap och ansvar för processen kopplat till ST-styrningsgruppens arbete vore att utarbeta ett **nytt årshjul** som sätter upp tydliga spelregler, ansvarsområden och milstolpar som alla aktörer kan förhålla sig till. Ägare för ett sådant utökat ansvar föreslås vara enheten Strategisk kompetensförsörjning vid Koncernkontoret. Ett sådant nytt årshjul föreslås innehålla följande delmoment:

- Som ett första steg i årshjulet bör regionen stämma av med Personalutskottet om det finns några viktiga prioriteringar, inspel eller hänsyn från politiskt håll. Dessa bör sedan skickas vidare till förvaltningarna
- I ett andra steg bör Koncernkontoret begära in **nödvändiga data och önskemål** från samtliga förvaltningar vid ett bestämt datum. Datainsamling från förvaltningarna bör ske enligt en förutbestämd och enhetlig mall för att

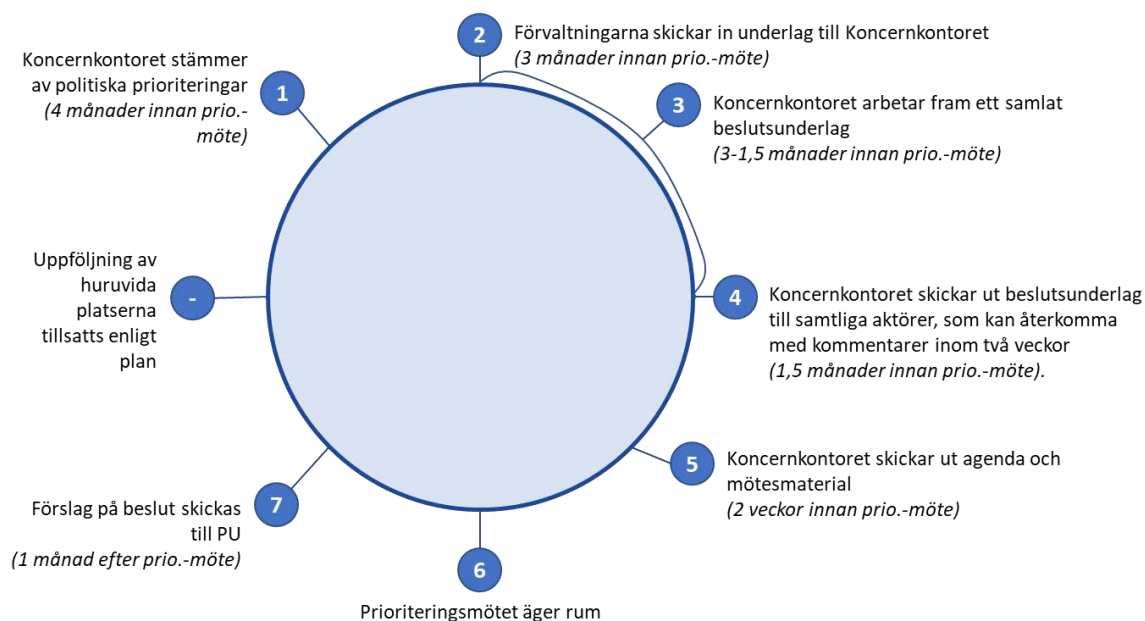
underlätta sammanställning och tolkning. Förvaltningarnas förslag bör vara förankrat med respektive styrelse. Denna process måste inom varje förvaltning påbörjas i god tid och det är centralt att Koncernkontoret under denna tid är redo att stötta förvaltningarna, särskilt i inledningen av processen. Denna data används för att kunna bedöma delregionala behov och som grund till bedömningen av regionala behov.

- I ett tredje steg utarbetar Koncernkontoret ett samlat, transparent och väl genomarbetat **beslutsunderlag** till ST-styrningsgruppen. Detta beslutsunderlag ska grunda sig på samtliga fyra kriterier och Koncernkontoret behöver därmed avsätta tid och resurser för att samla in data kopplat till de tre övriga kriterierna samt för att göra den regionövergripande analysen.
 - Jämfört med idag bör de fyra kriterierna användas på ett något annorlunda sätt. För att göra en inledande bedömning av vilka specialiteter som behövs på regional nivå bör kriterierna om regionala bristspecialiteter och regionala utvecklingsplaner användas. När beslut ska fattas om till vilka sjukhus ST-tjänsterna inom de regionala bristspecialiteterna ska fördelas bör alla fyra kriterierna användas. Grundtanken i detta arbete är att delregionala brister och kvalitet i utbildning inte direkt bör styra de regionala prioriteringarna. Efter att beslut fattats om vilka specialiteter som ska prioriteras, bör delregionala behov och utbildningskvalitet vägas in för att för att avgöra vilket eller vilka sjukhus som ska ansvara för dessa tjänster.
- I ett fjärde steg **skickar Koncernkontoret ut underlaget** till samtliga mötesdeltagare ungefär en månad innan ST-styrningsgruppens möte. Deltagarna har under de kommande två veckorna möjlighet att återkomma med skriftlig återkoppling till Koncernkontoret.
- I ett femte steg förbereder Koncernkontoret en **agenda och ett mötesmaterial** utifrån beslutsunderlaget och inkomna kommentarer. Detta skickas ut dagarna innan mötet äger rum.
- I ett sjätte steg genomförs **prioriteringsmötet**. En central punkt i agendan är en presentation av underlaget från Koncernkontoret. Därefter följer en ordinarie förhandlingsprocess med bas i, det av Koncernkontoret framtagna, beslutsunderlaget. Beslutet fattas även fortsättningsvis vid sittande bord och genom konsensusbeslut. Ordförandeskapet kan även fortsättningsvis tillhöra en förvaltningsrepresentant.
- I ett sjunde steg skickas ett **förslag på beslut från ST-styrningsgruppen till Personalutskottet** efter att förankring har skett i Koncernledning hälso- och sjukvård. Detta dokument innehåller förslaget till beslut, men också en tydlig motivering till varför gruppen föreslår just denna prioritering. Detta underlag till Personalutskottet tas fram av Koncernkontoret, men godkänns av övriga medlemmar.

- I ett senare steg görs en regelbunden **uppföljning** av huruvida platserna faktiskt tillsatts enligt plan. Att inte tillsätta platserna enligt plan bör medföra konsekvenser i fråga om finansiering.

Denna process kan illustreras enligt Figur 10 nedan.

Figur 10. Illustration över förslag på årshjul



När planering av arbetet i enlighet med årshjulet genomförs, bör hänsyn särskilt tas till arbetet med kompetensförsörjningsplan respektive budget. Förslagsvis skrivs det in i den nya processen att ST-styrningsgruppen vart tredje år ska ta ställning till om andelen ST-tjänster som är föremål för regiongemensam styrning är ändamålsenlig. ST-styrningsgruppen bör också genomföra en **samlad utvärdering av styrmodellen ca 3–5 år** efter det att föreslagna förändringar har implementerats.

6.2 Utveckla de förvaltningsinterna processerna

I intervjuerna framkommer ett behov av att förstärka även det förvaltningsinterna arbetet med att prioritera ST-tjänster. Arbetet på förvaltningsnivå är av stor vikt, oavsett om besluten fattas på förvaltnings- eller regionnivå. I alternativ B tillsätts fortfarande en stor del av platserna decentraliserat på förvaltningsnivå, vilket också gör att samtliga platser, både de inom och utanför ST-styrningsgruppens arbete, berörs av hur förvaltningarna och klinikerna arbetar med ST-styrningsfrågor.

För att underlätta jämförelser och möjliggöra en rättvis och träffsäker prioritering bör **mer enhetliga arbetssätt för behovsanalyser utvecklas** och tillämpas mellan olika förvaltningar. Koncernkontoret bör ta fram en vägledning för hur detta arbete ska bedrivas i förvaltningarna, med tillhörande beskrivning av hur arbetet följs upp. En sådan process måste beakta att klinikerna behöver viss frihet att kunna agera självständigt, utan styrning från förvaltningshåll. Syftet med enhetliga arbetssätt är att möjliggöra jämförbarhet kopplat till regional analys, men också att säkerställa att arbetet i förvaltningarna kvalitetssäkras i tillräcklig utsträckning.

Koncernkontoret bör också verka för att **regiongemensamma strukturförändringar**, i möjligaste mån, beaktas även vid **förvaltningsinterna prioriteringar**. Detta innebär en utmaning, eftersom sådana förändringar ofta är svåra att överblicka på verksamhetsnivå. Det bedöms ändå vara av värde att förvaltningarna får ökad förståelse för dessa, för att självständigt kunna anpassa de förvaltningsinterna prioriteringarna till kommande strukturförändringar.

En sista punkt rör de osanktionerade ST-tjänster. Det är ett problem som minskat i omfattning under de senaste åren, men som fortfarande finns kvar. Intervjurespondenterna är rörande överens om att **osanktionerade ST-tjänster är en olycklig företeelse och bör undvikas**. Vidare beslutade Personalutskottet redan 2009 att läkare under utbildning i Västra Götalandsregionen ska vara anställda på AT- eller ST-tjänst. (Västra Götalandsregionen, Protokoll från personalutskottet, 2009) Koncernkontoret bör därför arbeta för att inga läkare anställs på osanktionerade tjänster. Detta skulle höja utbildningskvaliteten och attraktiviteten för ST-tjänsterna i regionen. En annan stor fördel är att det skulle innebära att samtliga ST-läkare blir klassade som ST-läkare i datauppföljningssystemen. Det är en stor utmaning att fatta informerade beslut om framtida behov, om det finns en grupp ST-läkare som i systemet framstår som underläkare. Detta kan riskera att leda till en överutbildning inom specialiteter som använder osanktionerade ST-tjänster i större utsträckning än andra.

7 Frågor för fortsatt utredning

Under arbetets gång har ett stort antal frågeställningar inom området kompetensförsörjning av ST-läkare aktualiserats. Vissa av dessa ligger utanför uppdragets avgränsningar och fokus, i den mån att de inte huvudsakligen knyter an till styrning och prioritering. Trots det kan dessa frågeställningar i hög grad vara relevanta och motivera ett fortsatt arbete. I följande kapitel presenteras därför frågeställningar inom och kortfattade analyser av två teman som kan och bör utredas utöver och oavsett beslut om styrmodell.

Ökad attraktivitet för ST-tjänstgöring inom bristspecialiteter

Åtgärderna i föregående kapitel syftar till att förbättra beslutsunderlagen, vilket i sin tur väntas ge förutsättningar för att styrningen av platser till olika specialiteter ska bli mer ändamålsenlig. För att kompetensförsörjningen ska bli välfungerande krävs dock, oavsett styrmodell, att det finns kandidater som söker de tjänster som tillhandahålls. En bidragande orsak till att brister uppkommer är att intresset för att söka tjänster inom vissa specialiteter är begränsat. Flera intervjupersoner har noterat denna problematik och kommit med förslag på hur detta skulle kunna åtgärdas.

För det första kan man försöka **öka framtida ST-läkares exponering** mot bristspecialiteter. Intervjupersoner med insikt i läkarutbildningen beskriver att det tidigt skapas en bild hos de studerande av vilka specialiteter som har hög och låg status. En möjlig lösning på detta problem kan vara att, i samråd med lärosätena, redan på grundutbildningen sträva efter att skapa intresse kring och exponera studenterna för bristspecialiteter (detta förutsätter dock att bristspecialiteter har identifierats i planeringsprocessen). Liknande satsningar kan göras under AT-tjänstgöringen, även om vissa begränsningar finns. Om ett annat tjänstgöringssystem införs i framtiden, såsom exempelvis obligatorisk bastjänstgöring, är det viktigt att utformningen i möjligaste anpassas för detta ändamål.

För det andra kan satsningar på arbetsplatskultur och arbetsmiljö vara viktiga för att stärka attraktiviteten inom specialiteter där kompetensbrist råder. Intervjupersoner beskriver återkommande att vissa kliniker kan hamna i en ond spiral. När det råder personalbrist blir ofta arbetsmiljön lidande, vilket i sin tur kan påverka kulturen på arbetsplatsen negativt. Satsningar på att förbättra **kultur och arbetsmiljö** kan därför också vara en nyckel till att få kandidater att vilja söka sig till bristsspecialiteter.

Ett tredje förslag är att i ännu större utsträckning använda sig av **moderna och attraktiva anställningsformer** eller andra villkor på ett aktivt och strategiskt sätt. En större flexibilitet och frihet i anställningen, för att exempelvis möjliggöra forskning, kan i vissa fall vara ett relevant verktyg för att göra bristspecialiteter mer attraktiva.

Organisering av sidotjänstgöring

Oaktat val av styrmodell är genomförandet av ST-tjänstgöring beroende av ett effektivt och ändamålsenligt system för **sidotjänstgöring** (så kallad randning). Den överordnade frågan avseende sidotjänstgöring är hur systemet kan utformas för att i så hög grad som möjligt undvika köer och stopp. I dagsläget beskriver flera intervjupersoner att det bildas köer för att få göra sidotjänstgöring inom vissa specialiteter. I och med det tillskottet på 100 ST-läkare inom allmänmedicin kan belastningen på de verksamheter där dessa läkare måste göra sidotjänstgöring på öka. Vidare har processen för hur sidotjänstgöringsplatserna tillsätts,

framförallt för sjukhusspecialiteterna, beskrivits som alltför informell och beroende av personliga kontakter, vilket gör det svårt att säkerställa och planera sidotjänstgöringen

En nära relaterad fråga rör organiseringen av **utbyte inom sidotjänstgöring mellan olika parter**. En del i detta är utbytet mellan **universitetssjukhus och mindre sjukhus**. Universitetssjukhuset tar i större utsträckning emot sidotjänstgörande från mindre sjukhus. Inom vissa specialiteter förläggs också en betydande del av den ordinarie tjänstgöringen till universitetssjukhus, eftersom det krävs tillgång till utbildningsmöjligheter som endast finns där. Sammantaget är det därför både naturligt och nödvändigt att universitetssjukhuset i högre grad än mindre sjukhus **tar emot** ST-läkare, både i sido- och ordinarie tjänstgöring.

Flera intervjupersoner betonar dock att utbytet måste vara ömsesidigt, det vill säga att ST-läkare vid universitetssjukhuset i större utsträckning borde genomföra delar av sin tjänstgöring på mindre sjukhus. En sådan förändring skulle vara fördelaktig av flera anledningar. För det första kan det vara positivt för ST-läkaren att få en bredare bild av vården och patientunderlaget inom specialiteten. För det andra skulle det medföra en viss kompensation av det produktionsbortfall som uppstår vid mindre sjukhus, där ST-läkarna i större grad tjänstgör i andra verksamheter. För det tredje kan det ha positiva rekryteringseffekter för mindre sjukhus. I dagsläget söker sig ST-läkare vid de mindre sjukhusen ofta sig till andra arbetsgivare under eller efter utbildningen, vilket delvis kan bero på att det ojämna utbytet av sidotjänstgöring skapar en ojämn exponering för olika verksamheter. Att ta emot tjänstgörande från andra verksamheter skulle kunna öka möjligheten att ST-läkare omvänt också söker sig till de mindre sjukhusen.

Utöver utbytet mellan olika sjukhus framkommer det också i intervjustudien att det är viktigt att stärka samarbetet mellan **primärvård och sjukhusvården**. Vidare betonas det också att förutsättningarna för att åstadkomma ett bra utbyte är påverkas tydligt av **ersättningsnivåerna**.

8 Referenser

Sveriges Läkarförbund, Läkarnas ST – vad krävs, 2016
<https://slf.se/app/uploads/2018/05/broschyr-lakarnas-st-vad-kravs.pdf>

SOU 1987:5, Kompetensutvecklingen efter läkarexamen

Statskontoret, Det statliga åtagandet för kurser inom läkarnas vidareutbildning, 2016

Västra Götalandsregionen, Beslut i koncernledningsgruppen Hälso- och sjukvård – ST-styrning 15 juni 2015

Västra Götalandsregionen, krav- och kvalitetsbok Förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral 2019

Västra Götalandsregionen, Ökad styrning av ST-tjänster i allmänmedicin (ST-A), 2017

Västra Götalandsregionen, Protokoll från personalutskottet 5 juni 2009

Västra Götalandsregionen, Protokoll från personalutskottet 2018-04-26

Västra Götalandsregionen, Regionstyrelsens handlingar för sammanträde 18 juni 2013, ärende 7–35

Västra Götalandsregionen, Regionstyrelsens protokoll från sammanträde 18 juni 2013

Västra Götalandsregionen, RS 691-2012, Reglementen för styrelsen för sjukhusen, 2015

Västra Götalandsregionen, RS 2017–01337, Protokoll från Regionstyrelsen 2018-05-15

Västra Götalandsregionen, Revidering av beslut om ökad ST-styrning, 2017

Västra Götalandsregionen, RS 2017-02584, Skarpare ST-styrning och finansiering - återrapport av uppdrag, , 2018

Västra Götalandsregionen, RSK 231 2002, Förlängning av beslut – ST-läkare inom kirurgi och ortopedi med inriktning på bassjukvård vid Alingsås Lasarett, 2004

Västra Götalandsregionen, ST- Utbildningskontrakt, 2014

Västra Götalandsregionen, ST-läkarrådets mötesanteckningar 20070921

Västra Götalandsregionen, Utbildningsuppdrag i läkares grund-, allmän och specialistutbildning i VG Primärvård, 2015

9 Appendix

Tabell A 1. Intervjupersoner inom arbetet i bokstavsordning

Namn	Roll	Organisation
Maria Aleniusson	HR-direktör, Sahlgrenska	VGR
Espen Amundsen	Biträdande sjukhusdirektör, Södra Älvsborgs sjukhus	VGR
Britt Bergström	Studierektor, Primärvård/Göteborg	VGR
Peter Detterberg	Ekonom, koncernkontoret	VGR
Jan Eriksson	Programchef, omställningen	VGR
Helena Fredberg Edebo	Verksamhetschef ortopedi/kirurgi, Kungälv's sjukhus	VGR
Marie-Louise Gefvert	Primärvårdsdirektör	VGR
Emil Gisslow	Ekonom, koncernkontoret	VGR
Lars Gotthardsson	Senior advisor, Närhälsan	VGR
Emelie Hultberg	Ordförande / Specialistläkare	Västra Götalands läkarförening / VGR
Anders Johansson	Studierektor, Sahlgrenska	VGR
Jan Kilhamn	FoU-chef hälso- och sjukvård	VGR
Per Lundgren	ST-Studierektor, NU-sjukvården	VGR
Eva Lundh	Chef, VGR-akademin	VGR
Majvor Martinsson	Områdeschef, NU-sjukvården	VGR
Rebecca Oscarsson	Verksamhetschef ÖHN, Skaraborgs sjukhus	VGR
Emma Spak	Ordförande / ST-läkare	Göteborgs läkarförening / VGR
Ann Söderström	Hälso-och sjukvårdsdirektör	VGR
Ronny Wain	Enhetschef Analys och styrning, koncernstab HR	Region Skåne



Yrkande
2019-04-02

1 (1)

Personalutskottet
Sammanträdesdatum: 2019-04-02
Ärende nr: 2

Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster

Förslag till beslut

Att ändra att-sats 2 i upprättat förslag till beslut till att lyda: ”i syfte att stärka den regiongemensamma ST-styrningen ger Personalutskottet Personaldirektören i uppdrag att utveckla arbetssättet i ST-styrningsprocessen så att hänsyn tas till samtliga fyra prioriteringskriterier; regionala bristspecialiteter, framtida strukturförändringar i vården baserat på regionala utvecklingsplaner, delregionala brister och utbildningskvalitet, och säkerställa att de förvaltningsinterna processerna görs på ett enhetligt sätt. Uppdraget ska återrapporteras till personalutskottet senast kvartal 4 2019.”

Vänersborg, 2019-04-02

Linn Brandström (M)

Cecilia Andersson (C)

Carina Liljesand (L)

Protokoll från personalutskottet, 2019-04-02

§ 29

Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster

Diarienummer RS 2017-01337

Beslut

1. Personalutskottet beslutar att uppdraget att ta fram förslag på hur den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster kan stärkas med en konsekvensanalys av en utökad central styrning och finansiering av ST enligt befintlig modell, samt en konsekvensanalys av en 100 procentig central styrning och finansiering, är slutfört.
2. I syfte att stärka den regiongemensamma ST-styrningen ger personalutskottet personaldirektören i uppdrag att utveckla arbetssättet i ST-styrningsprocessen så att hänsyn tas till samtliga fyra prioriteringskriterier; regionala bristspecialiteter, framtida strukturförändringar i vården baserat på regionala utvecklingsplaner, delregionala brister och utbildningskvalitet, och säkerställa att de förvaltningsinterna processerna görs på ett enhetligt sätt. Uppdraget ska återrapporteras till personalutskottet senast kvartal 4 2019.

Sammanfattning av ärendet

Koncernledning hälso- och sjukvård ställde sig i juni 2015 bakom förslaget om ST-styrning (RS 3116–2014). Regionstyrelsen beslutade 22 mars 2016 (RS 4092–2015, §93) om en ny beslutsordning som innebär att förslag till prioriteringar efter avstämning i koncernledningsgruppen för hälso- och sjukvård ska vidare till personalutskottet för beslut. Den modell för ST-styrning som tillämpas inom Västra Götalandsregionen (VGR) utgår ifrån de reglementen som bland annat fastslår utförarstyrelsernas ansvar för den egna kompetensförsörjningen. För att en sådan i grunden decentraliserad modell ska fungera så krävs en delaktighet och ett engagemang på alla nivåer. Syftet med den ökade styrningen är att kompetensförsörja hela VGR med ST-läkare. För att lyckas med detta regiongemensamma ansvar behövs såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningarnas som koncernkontorets sammanvägda resurser.

Personaldirektören fick följande uppdrag vid personalutskottets sammanträde 26 april 2018 § 41, punkt 3:

- Personalutskottet ger personaldirektören i uppdrag att ta fram förslag på hur den regiongemensamma styrningen av ST-tjänster kan stärkas med en konsekvensanalys av en utökad central styrning och finansiering av ST enligt befintlig modell, samt en konsekvensanalys av en 100 procentig central styrning och finansiering.

Under hösten 2018 arbetade ett externt konsultbolag med att stötta VGR i arbetet med uppdraget vilket bland annat resulterade i rapporten ”Uppdragsrapport – Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster” (se bilaga). Koncernkontoret ställer sig bakom

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från personalutskottet, 2019-04-02

konsultbolagets rekommendationer om hur en skarpare ST-styrning ska uppnås enligt nedan:

Konsultbolagets rekommendation är att fortsätta arbeta utifrån nuvarande modell där ST-styrningsgruppen fördelar en andel av platserna, med tillägget att Koncernkontoret tar ett ökat ansvar för processen. Ansvaret handlar exempelvis om att utforma bättre processer för att bereda beslutsunderlag inför den årliga prioriteringen och fördelningen av ST-platser.

Eftersom flera brister har identifierats i den nuvarande processen, finns anledning att genomföra förbättringsåtgärder innan andra alternativ övervägs. Detta gäller i synnerhet då den nuvarande modellen i grunden bedöms vara väl anpassad till förhållanden och behov inom VGR. Konsultbolaget rekommenderar VGR att behålla och stärka den nuvarande modellen och lämnar förbättringsförslag inom två övergripande områden:

1. ST-styrningsgruppens arbetssätt
2. De förvaltningsinterna processerna

För att ST-styrningsgruppen ska kunna arbeta på ett mer ändamålsenligt sätt med sitt uppdrag behöver beslutsunderlagen förbättras för att möjliggöra att hänsyn tas till samtliga fyra prioriteringskriterier: Regionala bristspecialiteter, framtida strukturförändringar i vården baserat på regionala utvecklingsplaner, delregionala brister, och utbildningskvalitet. Det är angeläget att de regionala behoven och perspektiven kan säkerställas så att de utgör en väsentlig del vid prioriteringsarbetet.

Att de förvaltningsinterna processerna på sjukhusen utvecklas är nödvändigt för att få en underbyggd och jämförbar bild av de delregionala behoven. Detta behöver framförallt göras genom att säkerställa att behovsanalyser i förvaltningarna görs på ett enhetligt sätt. Det är nödvändigt att förvaltningsledningarna tar ett stort ansvar för en väl fungerande process för de ST-läkare som de själva anställer och finansierar.

Beslutsunderlag

- Tjänsteutlåtande daterat 2019-03-06
- Personalutskottets beslut 2018-04-26 § 41
- Rapporten ”Uppdragsrapport – Stärkt regiongemensam styrning av ST-tjänster”

Yrkanden på sammanträdet

Närvarande ledamöter från GrönBlå samverkan yrkar att ändra att-sats 2 i upprättat förslag till beslut till att lyda: ”i syfte att stärka den regiongemensamma ST-styrningen ger personalutskottet personaldirektören i uppdrag att utveckla arbetssättet i ST-styrningsprocessen så att hänsyn tas till samtliga fyra prioriteringskriterier; regionala bristspecialiteter, framtida strukturförändringar i vården baserat på regionala utvecklingsplaner, delregionala brister och utbildningskvalitet, och säkerställa att de förvaltningsinterna processerna görs på

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Protokoll från personalutskottet, 2019-04-02

ett enhetligt sätt. Uppdraget ska återrapporteras till personalutskottet senast kvartal 4 2019.” För yrkandet i sin helhet se bilaga till protokoll § 29.

Beslutsgång

Ordförande ställer yrkandet från GrönBlå samverkan mot Koncernkontorets förslag och finner att personalutskottet beslutar enligt yrkande från GrönBlå samverkan.

Skickas till

- Hälso- och sjukvårdsdirektör Ann Söderström, ann.soderstrom@vgregion.se
- Personaldirektör Marina Olsson, marina.r.olsson@vgregion.se
- Tf Studierektorschef Per Backman, per.backman@vgregion.se för kännedom och information till Primärvårdens studierektorer
- Koncernledning Hälso- och sjukvård, emma.mattson@vgregion.se
- Regionövergripande SR, eva.engstrom@vgregion.se för information
- NU-sjukvården, nusjukv.kansli@vgregion.se
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset, sahlgrenska.universitetssjukhuset@vgregion.se
- Skaraborgs Sjukhus, diariet.skas@vgregion.se
- Styrelsen för Närhalsan, narhalsan@vgregion.se
- Styrelsen för sjukhusen i väster, sjukhusen.vaster.styrelsen@vgregion.se
- Södra Älvsborgs Sjukhus, sas@vgregion.se

Justerare:	Justerare:	Justerare:	Rätt utdraget intygar:

Denna behandling 'Fortsatt arbete med återremiss mottagningsblocket' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Vårdplatser SkaS Falköping' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Säkerhetsinformation' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Sommarplanering 2019' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Jourlinjer på SkaS, analys och handlingsplan' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Handlingsplan omställning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Traumamottagande sjukhus' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Ekonomi, kvalitet och patientsäkerhet' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Sjukhusdirektörens information' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling ' Information från presidiet' har inget tjänsteutlåtande.