

Handlingar

till mötet med
styrelsen för NU-sjukvården

28 april 2016

Föredragningslista

Sammanträde med Styrelsen för NU-sjukvården den 28 april 2016

Plats: Konferensrum Musslan, Gamla vårdskolan, Uddevalla sjukhus

Tid: Kl. 09:30-15:00

Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare (i tur att justera Bo Carlsson (C), ersättare Margreth Jonsson (S))
- Justeringsdatum 2016-05-13

Beslutsärenden

1. Delegeringsbeslut
Diarienummer NU 8-2016
2. Anmälningensärenden
Diarienummer NU 7-2016
3. Delårsrapport mars (bilaga)
Diarienummer NU 22-2016
Föredragande: Sven Florström
4. Revisionsrapport – Jämlik cancervård, psykosocialt stöd (bilaga)
Diarienummer NU 62-2016
Föredragande: Maria Wiksten
5. Yttrande – Miljöplan för Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2020 (bilaga)
Diarienummer NU 84-2015
Föredragande: Anders Kullbratt
6. Införande av ordningsregler inom NU-sjukvården (bilaga)
Diarienummer NU 117-2016
Föredragande: Anders Kullbratt
7. Ny byggnad för psykiatrins vård på NÄL, förstudie (bilaga)
Diarienummer NU 190-2015
Föredragande: Anders Kullbratt
8. Rapport Kronan – utvärdering av NU-sjukvårdens hantering av händelserna i samband med skolattentatet 22 oktober 2015 (bilaga)
Diarienummer NU 300-2015
Föredragande: Anders Kullbratt

9. Förlängd sommarstängning dialysverksamheten Strömstad (bilaga)
Diarienummer NU 118-2016
Föredragande: Lars Wiklund

10. Övriga frågor

Informationsärenden

- A. Information från presidiet
- beläggningsgrad VUP (bilaga), uppföljning
- B. Information från sjukhusdirektören
- C. Information från chefläkaren
- sommarplanering 2016
- D. Information ambulansverksamheten (kl 13.00)
Föredragande: Björn Kallin och Jan-Erik Wounsch
- E. Delegeringsordning för NU-sjukvården
- information inför beslut 26 maj
Föredragande: Niklas Claesson

Marith Hesse
Ordförande

Tänk på miljön

Res gärna kollektivt (www.vasttrafik.se).

Ärende 1

Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 28 april 2016

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över delegeringsbesluten läggs till handlingarna.

Ärendet

Följande beslut som fattas med stöd av delegering anmäls.

Ekonomi

- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2016-04-21

Fastighet

-

Kansli

-

Personal

- Anställning av personal – Anställningsbeslut mars 2016, 2016-04-12
- Förhandling enligt § 10 MBL – Kommunal – särskilda ersättningar för anställda inom Kommunals avtalsområde under semesterperioden 2016 – larmförare, 2016-03-22, dnr NU 18:10-2016
- Disciplinär åtgärd – Varning enligt AB § 11 mom 1, dnr NU 15:20-2016

Verksamhet

-

Ärende 2

Anmälningssärenden 28 april 2016

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över anmälningssärenden läggs till handlingarna.

Inkomna skrivelser

-

Utgående skrivelser

-

Regionstyrelsen

- Västra Götalandsregionens regelverk för enskilda direktåtkomst till journaluppgifter via säkra e-tjänster, 2016-03-22, § 91
- Regiongemensam riktlinje – Rökfri Västra Götalandsregion, 2016-03-22, § 94

Regionfullmäktige

-

Övriga styrelser och nämnder

- Tillkommande ersättning statsbidrag fria läkemedel barn och unga, västra hälso- och sjukvårdsnämnden, 2016-03-21, § 52
- Användning av statsbidrag kring psykisk ohälsa 2016, hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2016-03-23, § 33

Övrigt

- Säkerhetsrådgivarens årliga rapport för NU-sjukvården 2015, 2016-04-06, dnr NU 107-2016
- Lägesrapport om utveckling av intern styrning och kontroll, Koncernkontoret, 2016-03-31, dnr RS 1255-2015, dnr NU 98-2015

Ärende 3

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-21

Diarienummer NU 22-2016

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ekonomienheten

Handläggare: Sven Florström

Telefon: 0702-08 91 08

E-post: sven.florstrom@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Delårsrapport mars 2016

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner NU-sjukvårdens delårsrapport per mars 2016 och överlämnas till regionstyrelsen.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Prognos för NU-sjukvården bedöms till minus 50 mnkr. Regionfullmäktige har godkänt ett negativt resultat på minus 40 mnkr. Åtgärder för att nå godkänt resultat håller på att tas fram.

Den totala kostnadsutvecklingen för första kvartalet 2016 är mycket låg. Kostnaderna för Q1 2016 har ökat med 0,8 procent jämfört med motsvarande period 2015. Kostnaderna har minskat framförallt avseende personal och bemanningsföretag. Läkemedel har kraftigt ökade kostnader, vilket till största delen är kända sedan tidigare.

Antalet nettoårsarbetare har minskat med 144 st i mars jämfört med motsvarande period 2015. Minskningen är framförallt avseende sjuksköterskor, undersköterskor och administratörer.

Första delen av året har inneburit hög belägningsgrad som successivt sjunkit under Q1. I början av året öppnades fler vårdplatser inom framförallt medicinområdet. Under senare delen av perioden har antalet disponibla vårdplatser minskat beroende på bemanningsproblem.

Det har varit stora svårigheter att bemanna slutenvårdsavdelningar. Bemanningssjuksköterskor har använts inom framförallt inom medicinverksamheter, radiologin och ortopedin.

Antalet utskrivningsklara patienter var mycket högt under januari men har därefter minskat. Stora ansträngningar läggs på att förbättra samverkan med vårdgrannar samt att hitta lösningar avseende externa vårdplatser för att avlasta vårdavdelningarna.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Bilaga

- NU-sjukvårdens delårsrapport per mars 2016.

Besluten skickas till

- Regionstyrelsen
- HSN Norra
- Sven Florström
- Peter Olsson
- Maud Lindgren



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN
NU-SJUKVÅRDEN

Dnr 22/2016

NU-SJUKVÅRDEN DELÅRSRAPPORT MARS 2016

BESLUTAD I STYRELSEN FÖR NU-SJUKVÅRDEN 2016-04-28 § XX

Innehåll

1. SAMMANFATTNING	2
5. FRAMTIDSTRO INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	2
5.3 Produktion	2
5.3.1 Sammanvägda prestationer	2
5.3.2 Intern produktion och externa köp inom "PK-modellen"	3
5.3.3 Inflödet.....	4
5.3.4 Beläggning	5
6. EN ATTRAKTIVARE ARBETSGIVARE	6
6.3 Lönestruktur.....	6
6.4 Chefsförutsättningar	7
6.5 Sjukfrånvaro.....	8
6.6 Personalvolym, personalstruktur och personalkostnadsanalys	10
9. EN BUDGET I BALANS	16
9.1 Ekonomiskt resultat	16
9.1.1 Resultaträkning	16
9.1.2 Utfall jämfört med budget	16
9.1.3 Utfall jämfört med föregående år.....	17
9.1.4 Helårsprognos inkl analys och prognossäkerhet	18
9.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans.....	19
9.4 Investeringar	20
10. BOKSLUTSDOKUMENT OCH NOTER	21
11. TILLKOMMANDE RAPPORTERING	26
11.1 Påverkan till följd av den rådande flyktingsituationen	26
12. FÖRDJUPAD RAPPORT TILL STYRELSEN FÖR NU-SJUKVÅRDEN	27

1. Sammanfattning

- Prognos för NU-sjukvården bedöms till minus 50 mnkr. Regionfullmäktige har godkänt ett negativt resultat på minus 40 mnkr. Åtgärder för att nå godkänt resultat håller på att tas fram.
- Den totala kostnadsutvecklingen för första kvartalet 2016 är mycket låg. Kostnaderna för Q1 2016 har ökat med 0,8 procent jämfört med motsvarande period 2015. Kostnaderna har minskat framförallt avseende personal och bemanningsföretag. Läkemedel har kraftigt ökade kostnader, vilket till största delen är kända sedan tidigare.
- Antalet nettoårsarbetare har minskat med 144 st i mars jämfört med motsvarande period 2015. Minskningen är framförallt avseende sjuksköterskor, undersköterskor och administratörer.
- Första delen av året har inneburit hög belägningsgrad som successivt sjunkit under Q1. I början av året öppnades fler vårdplatser inom framförallt medicinområdet. Under senare delen av perioden har antalet disponibla vårdplatser minskat beroende på bemanningsproblem.
- Det har varit stora svårigheter att bemanna slutenvårdsavdelningar. Bemanningssjuksköterskor har använts inom framförallt inom medicinverksamheter, radiologin och ortopedin.
- Antalet utskrivningsklara patienter var mycket högt under januari men har därefter minskat. Stora ansträngningar läggs på att förbättra samverkan med vårdgrannar samt att hitta lösningar avseende externa vårdplatser för att avlasta vårdavdelningarna.

5. Framtidstro inom hälso- och sjukvården

5.3 Produktion

Inför vårdöverenskommelsen 2016 minskades den avtalade volymen med 2 500 vårdtillfällen för slutenvård, eftersom strävan är att producera mer i öppen vård. Produktionen har inte kunnat minskas i motsvarande omfattning utan NU-sjukvården har tom mars producerat något över budget avseende slutenvård.

Inom både den öppna somatiska och psykiatriska vården har produktionen varit låg bland annat på grund av bemanningsproblem, sjukdomar och vård av barn.

5.3.1 Sammanvägda prestationer

Nyckeltal prestationer	Period utfall 2016	Period budget 2016	Period utfall 2015	Avvikelse period utfall/budget (procent)
Antal sammanvägda prestationer	20 673	20 987	20 798	-1,5%

Akkumulerat utfall för sammanvägda prestationer till och med mars är något sämre än periodiserad budget.

Öppenvårdsbesöken ligger 7,9 procent under periodiserad budget. Det är framförallt läkarbesök inom ortopedi och ögon som inte produceras enligt plan. Övriga besök avviker negativt inom hela psykiatrin. BUP har anpassat registreringsrutiner till regionalt regelverk vilket medför lägre antal.

Avtalad volym sluten somatisk vård minskades i VÖK 2016 med anledning av minskat antal vårdplatser, men utfall vårdtillfällen är fler än budget. Det är främst inom KK inklusive beräknade förlossningar utöver plan, ortopedi och kirurgi som antal vårdtillfällen är fler än budgeterat.

Case mix index (CMI) har ökat på grund av att vi har fler vårdtillfällen i komplicerade DRG-grupper. Med anledning av regiongemensamt införande av nytt KPP-system har antal ytterfall uppskattats till 70 procent av budget. Produktionen av vårddagar inom RPV och BUP är under periodiserad budget med respektive 16,9 och 7,5 procent.

I nedanstående tabell framgår detaljerade prestationer:

Produktion, inom- och utomregional	Utfall ack mars 2016	Budget ack mars 2016	Avvikelse utfall/ budget	Avvikelse utfall/ budget %
Slutenvård enl DRG				
Vårdtillfällen	9 790	9 033	757	8,4%
Poäng	9 451	8 424	1 027	12,2%
Öppenvård				
Besök	106 323	115 383	-9 060	-7,9%
Sammanvägda prestationer	20 673	20 987	-314	-1,5%
CMI	0,965	0,933	0,033	3,5%

Nyckeltal prestationer	Prognos 2016	Budget 2016	Utfall 2015	Avvikelse prognos/ budget antal	Avvikelse prognos/ budget procent
Antal sammanvägda prestationer	81 230	82 174	79 357	-944	-1,1%

NU-sjukvården prognostiserar att den sammanvägda produktionen uppnås enligt budget utom för rättspsykiatrisk vård. Inom DRG-ersatt sluten vård avviker NU-sjukvården positivt mot plan. CMI ökar och antalet ytterfall minskar.

Läkarbesök och övriga besök inom psykiatrisk vård kommer att ha ett utfall som avviker negativt mot budget. Inom somatisk vård avviker läkarbesök negativt jämfört med budget.

5.3.2 Intern produktion och externa köp inom "PK-modellen"

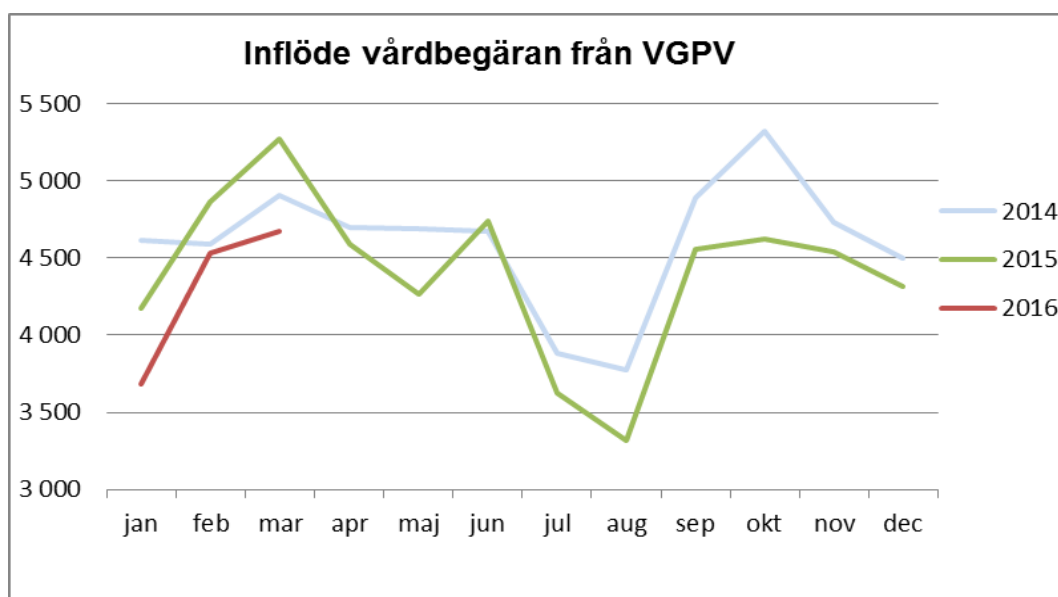
PK-redovisning till och med mars visar att egen produktion besök ligger något under plan medan egen produktion behandlingar ligger något över plan. Åtgärder kommer att vidtas för att minska avvikelsen för läkarbesök.

mars 2016	Ingående differens plan/utfall mars			Utgående differens plan/utfall mars		
	Egen produktion	Köp	Summa	Egen produktion	Köp	Summa
Förstabetesök						
Ortopedi	-4	0	-4	1	0	1
Ögon	-256	98	-158	-342	98	-244
Allmänkirurgi	10	0	10	-103	0	-103
Urologi	87	0	87	121	0	121
Hud	-176	0	-176	-291	0	-291
Gyn	25	0	25	13	0	13
ÖNH	74	0	74	-30	0	-30
Summa	-238	98	-140	-631	98	-533
Behandling						
Ledprotes	1	0	1	-2	0	-2
Rygg	-3	0	-3	0	0	0
Övrig ortopedi	10	0	10	51	0	51
Grå Starr	-41	3	-38	-39	3	-36
Övrig ögon	30	39	69	332	39	371
Allmänkirurgi	119	0	119	38	0	38
Urologi inkl prostata	81	0	81	122	0	122
Gyn	-93	0	-93	-139	0	-139
ÖNH	-40	0	-40	48	0	48
Summa	64	42	106	410	42	452
Kommentar						
Köp gäller utförda besök och behandlingar t o m januari, ingen plan lagd för 2016 ännu.						

5.3.3 Inflödet

Antalet vårdbegäran från VGPV har minskat med 7,2 procent de senaste 12 månaderna jämfört med föregående motsvarande period. Inflödet minskar efter att verksamheten på lokal-sjukhusen övergått till Praktikertjänst i april 2015.

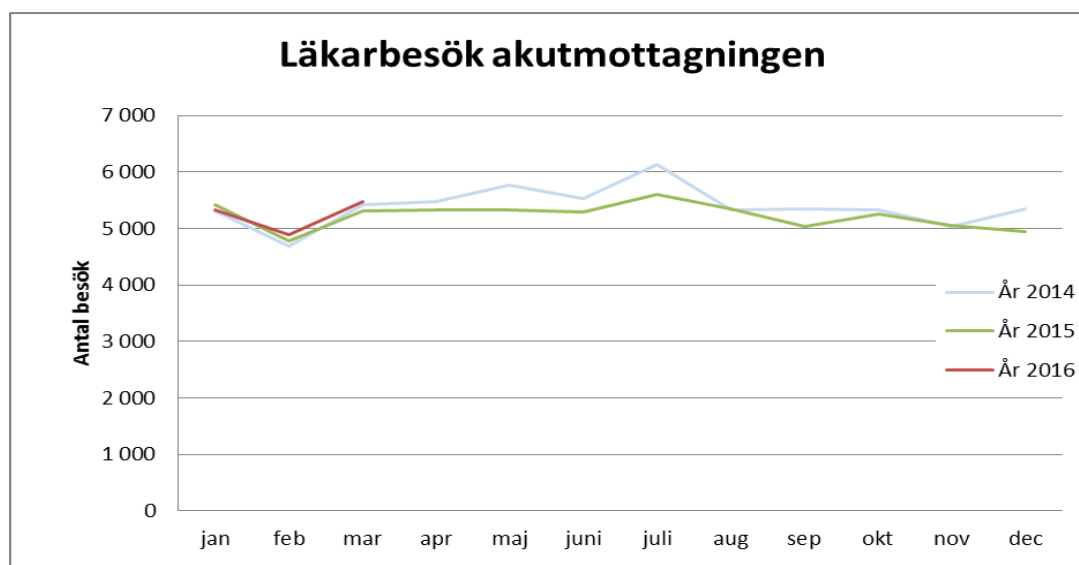
Diagram: Inflöde vårdbegäran från VGPV 2014-2016



Inflödet till NU-sjukvårdens akutmottagning har ökat med 1,3 procent jämfört med första kvartalet föregående år. Kirurgi och medicin ökar men ortopedi minskar. November 2015 flyttade ortopedakuten från Uddevalla, och därmed är hela akutverksamheten nu samlad på Näl. Ögon har numera inflödet på annan mottagning inom organisationen.

Antalet inskrivningsbesök är lägre än motsvarande månader år 2015.

Diagram: Läkarbesök akutmottagningen NÄL (och Uddevalla) 2014-2016



5.3.4 Beläggning

Variationerna i antalet disponibla vårdplatser har varit stora.

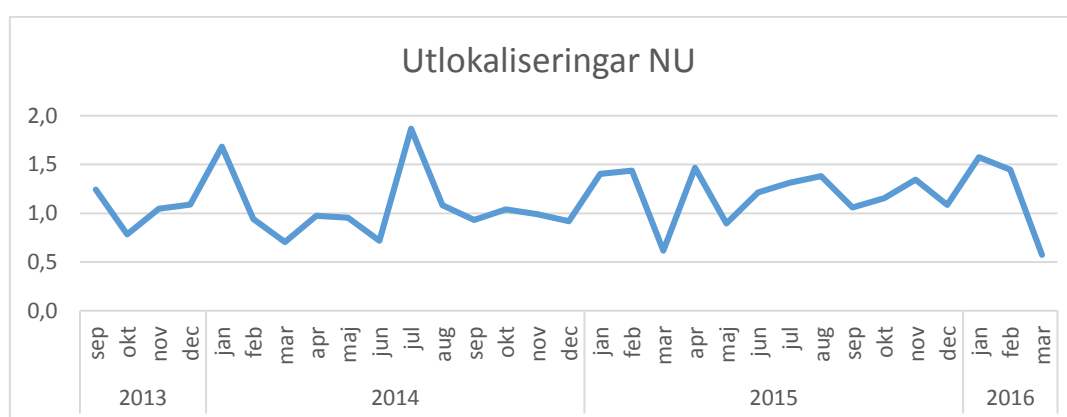
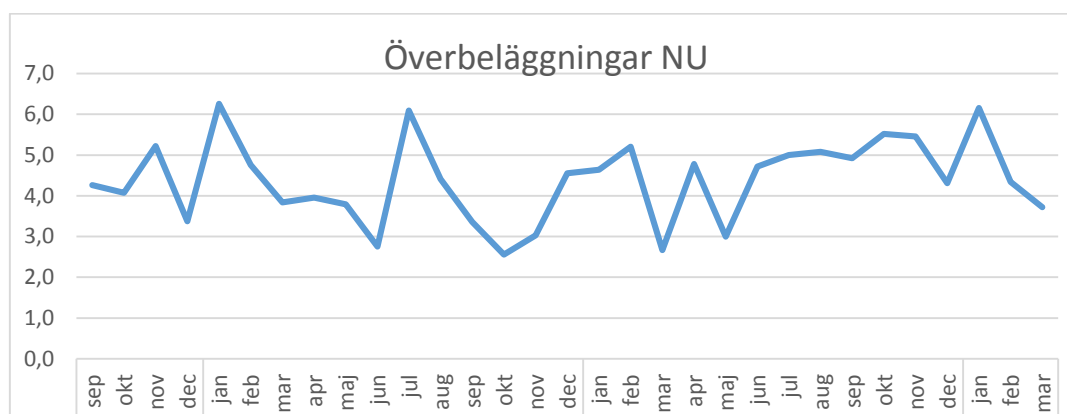
Under januari 2016 utökades antalet vårdplatser. Trots detta var belägningsgraden extremt hög med många överbeläggningar och utlokaliseringar. Som mest var det 100 överbeläggningar på hela sjukhuset. Bland annat anlät vi bemanningssjuksköterskor och öppnade vårdplatser som varit tillfälligt stängda.

I mars har antalet vårdplatser minskat. Utlokaliseringarna är mycket få och även överbeläggningarna och belägningsgraden har förbättrats.

NU-sjukvården genomför flera aktiviteter för att avlasta slutenvården, exempelvis genom förlängd dagvård och satsningar på öppen vård. Andra åtgärder är omsorgscoordinatorer på akutmottagningen, som hjälper mångbesökare att hitta rätt vårdnivå, och införande av akutläkare.

NU-sjukvården är dessutom i löpande dialog med kommunerna i Fyrbodalen för att minska antalet vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter. För att ge patienterna vård på rätt vårdnivå är NU-sjukvården en del av Samverkande sjukvård, där kommuner, primärvård och sjukhuset samarbetar, med projekt som single responder och mobilt vårdteam i Uddevalla kommun.

Diagram: Överbeläggningar och utlokalisering per månad 2013 -201603



6. En attraktivare arbetsgivare

6.3 Lönestruktur

Inom VGR finns en gemensam långsiktig lönepolitik och målbild för den övergripande lönestrukturen som anger inriktning för hur lönerna ska styras för olika yrken på några års sikt. Styrtalet mäter hur vi inom NU-sjukvården ligger till i förhållande till målbilden. Styrtalet för förvaltningen i mars 2016 var 94,8 procent jämfört med styrtalet för mars 2015 på 92,7 procent.

Analys och lönekartläggning har skett i samband med förberedelser inför löneöversyn 2016. Genomgång sker i samband med dialog i lönerådet för förvaltningen och förvaltningsöverläggningar med de fackliga organisationerna. Anställningsvillkor tillämpas lika oavsett kön och inga skillnader har kunnat konstateras. När det gäller kartläggning av löner utgår denna från kartlägningsverktyget BAS. Vid analys har inga oskäligen skillnader konstaterats vid lika eller likvärdigt arbete.

I löneöversynen 2015 för NU-sjukvården uppgick den sammanlagda löneutvecklingen för de prioriterade grupperna till 3,6 procent och för övriga grupper 2,8 procent. Skillnaden mellan de prioriterade och övriga grupperna var 0,8 procentenheter. De prioriterade grupperna som hade den största löneutvecklingen var sjuksköterskor, medicinska sekreterare och psykologer.

Det totala löneökningstrycket inom NU-sjukvården var för tillsvidareanställda beslutat till 2,8 procent. För att kunna uppnå högre avsättning till de prioriterade grupperna utan att övriga grupper hamnat efter för mycket i löneutveckling, hade den totala avsättningen inom NU-sjukvården behövt hamna på en högre nivå. Fördelningen mellan prioriterade grupper och övriga skedde enligt de behov som analyserats för de olika yrkesgrupperna.

Lönespännvidd via yrkesgrupper

Yrkesgrupp	Antal 2015	Lönespännvidd 2015	Antal 2014	Lönespännvidd 2014	Antal 2013	Lönespännvidd 2013
Sjuksköterskor, barnmorskor	1 795	43	1 816	40	1 751	41
Undersköterskor	922	23	915	23	847	22
Skötare	225	26	208	25	214	25
Läkare	284	42	284	42	265	47
Administratör, vård	352	22	365	22	377	22
Psykolog	70	31	69	34	75	32
Sjukgymnast	50	40	52	34	53	32
Arbets terapeut	57	35	57	36	54	28
Kurator	71	28	72	26	78	24
Biomedicinsk analytiker	125	33	130	30	131	30
Administratör	69	42	69	41	89	43

Minskningen av lönespännvidden inom psykologgruppen beror på stor omsättning inom yrkesgruppen.

NU-sjukvården har uppnått målen för löneutveckling för samtliga av de prioriterade yrkesgrupperna i löneöversyn 2015.

6.4 Chefsförutsättningar

Inom NU-sjukvården planerar vi att mer aktivt arbeta med uppföljning och planering av löneöversyn och lönebildningsprocessen i olika forum. I dialog med cheferna kommer vi att arbeta mer aktivt med genomgång av analys inför och efter löneöversyn.

Inför löneöversyn 2016 har gemensamma informationstillfällen för cheferna genomförts med möjlighet till dialog och erfarenhetsutbyte mellan cheferna. Vi har även haft partsgemensam information med chefer och fackliga ombud.

Vi har skapat en gemensam informationsplattform för cheferna där allt underlag kring löneöversyn finns samlat. En särskilt framtagen presentation för NU-sjukvården finns för cheferna att använda på arbetsplatsträffar och liknande. Övergripande riktlinjer och dokument finns samlade. Vi har även arbetat med att förbättra analysverktygen där alla chefer har haft möjlighet att beställa ”prickdiagram” för sina verksamheter och helheten för att bättre kunna göra fördelningar.

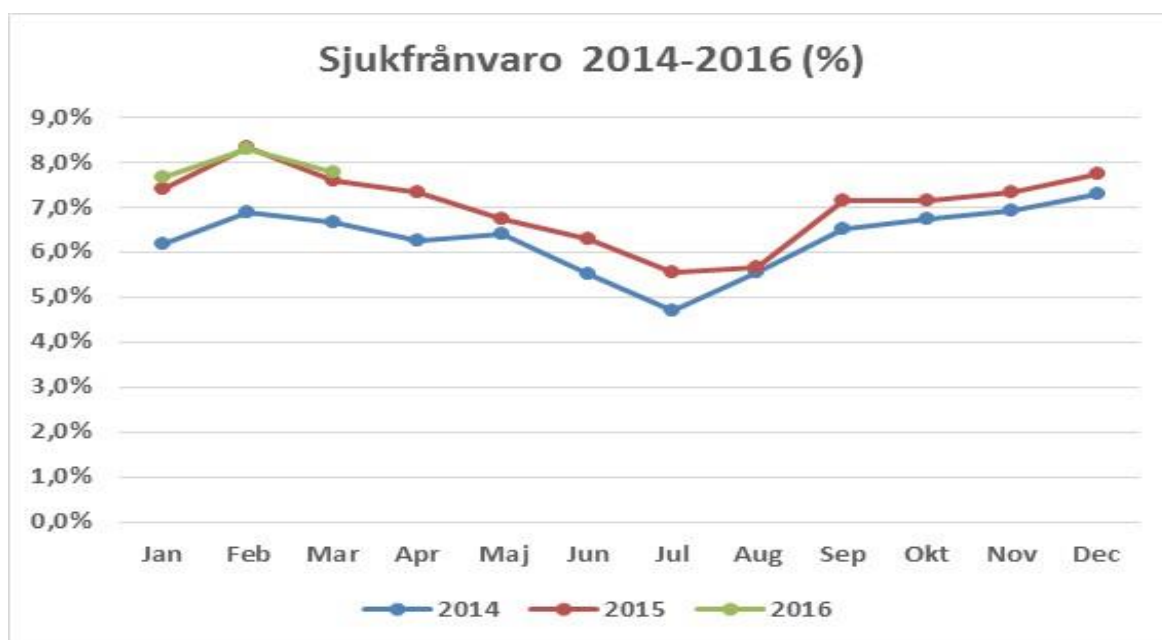
I samband med internutbildning för nya chefer och efterföljande nätverk för handledning skapas rikliga möjligheter till diskussioner relaterade till chefsroller. Ledarutbildningen är totalt 18 dagar och handledning sker vid åtta tillfällen, totalt under 1,5 år.

Internutbildning för nya chefer fortsätter enligt plan, vilket inkluderar särskilda insatser inom olika ämnesområden inklusive system. Frågor gällande roller diskuteras ständigt och olika insatser från HR har gjorts med särskilda utbildningar, såsom AB-utbildning. Planerad utbildning under våren är att utbilda chefer i den nya AFS:en ”Organisatorisk och social arbetsmiljö”.

HR-organisationen har nyligen anpassats för att kunna svara upp mot de behov verksamheten efterfrågar och verksamhetsområdena har förstärkts med HR-partner med fokus på arbetsmiljörelaterade frågor.

6.5 Sjukfrånvaro

Sjukfrånvaron för mars 2016 är 7,8 procent, jämfört med 2015 då sjukfrånvaron var 7,6 procent, en ökning med 0,2 procentenheter.



Den ackumulerade sjukfrånvaro är i princip på samma nivå som 2015, 7,9 procent för 2016 och 7,8 procent 2015. Kortidssjukfrånvaron har minskat något, medan den medellånga 15-59 har ökat. Sjukfrånvaro över 60 dagar ligger på samma nivå som 2015.

Ack. sjukfrånvaro %, uppdelat per yrkesgrupp	2016 Jan-Mars	2015 Jan-Mars	2014 Jan-Mars	2013 Jan-Mars
A Sjuksköterskor, barnmorskor	8,1%	8,8%	7,4%	7,0%
B Undersköterskor m.fl.	10,6%	10,5%	8,7%	9,5%
C Läkare	4,0%	2,9%	2,5%	3,2%
D Tandläkare	1,3%	1,4%	2,0%	1,6%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	16,5%	13,8%	9,6%	9,8%
F Administratör, vård	8,5%	7,1%	6,2%	7,1%
G Rehabilitering och förebyggande	8,3%	7,3%	6,0%	6,5%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	4,8%	6,1%	4,2%	4,5%
I Utbildning, kultur och fritid	15,3%	3,7%	7,4%	3,7%
J Teknik, hantverkare	6,8%	4,4%	8,0%	1,5%
K Kök, städ, tvätt	10,8%	8,4%	6,9%	10,1%
L Administration	6,4%	5,6%	5,7%	4,9%
Huvudgrupp	7,9%	7,8%	6,6%	6,7%

Åtgärder för att sänka sjukfrånvaron:

- NU-sjukvårdens centrala Arbetsmiljökommitté har följt upp att verksamheten bedriver ett aktivt arbetsmiljöarbete genom att ha gått igenom inlämnade systematiska arbetsmiljöarbete.
- Arbete pågår för att stärka samarbetet med Företagshälsovården i förebyggande och hälsofrämjande arbete genom regelbundna möten. Skriftliga beställningar görs så att uppdraget är tydligt. Planerar att införa dialogmöten mellan chefer och företagshälsovård till hösten.
- Nätverksträffar för chefer och HR inom och utom NU-sjukvården för erfarenhetsutbyte mellan förvaltningar inom regionen samt samverkan med Försäkringskassan.
- Arbete pågår för att förlänga samverkansavtalet med Försäkringskassan så fortsatt arbete kan göras för att sänka sjukfrånvaron.
- Regelbundna möten i *Rehabstödsgruppen* tillsammans med HR, Försäkringskassan och Företagshälsovården fortsätter både i Trollhättan och Uddevalla.
- Projektet "*Mobiliseringsinitiativet*" har utbildning i "*Hälsofrämjande ledarskap*" påbörjats.
- En rutin för "*Integrerade ronder*" har tagits fram i samarbete mellan HR och Miljö- och säkerhetsavdelningen, i syfte att effektivisera arbetet för cheferna. Det är en webb baserad blankett som möter upp de lagkrav som ställs inom miljö, säkerhet/brand och organisatorisk- och social arbetsmiljö.
- Efter att HR och centralt fackliga företrädare har fått en regiongemensam utbildning i den nya arbetsmiljöföreskriften "*Organisatorisk och social arbetsmiljö (2015:4)*" kommer de i sin tur utbilda NU-sjukvårdens chefer och skyddsombud med praktiska verktyg.

- Under våren kommer NU-sjukvården att implementera Regionens digitala ”Hälso- och arbetsmiljöguide” för att få en tydlig och gemensam plattform inom regionen. Det blir en styrka att alltid ha tillgång till nya och uppdaterade processer.
- HR har utlokaliserat mer stöd till verksamheten för att snabbt kunna stödja första linjens chefer i arbetsmiljö- och rehabiliteringsfrågor. Fortsatt faciliteringsstöd i grupputveckling på de avdelningar som önskar, nu stort fokus på medarbetarenkäten. Stöd till de chefer som vill analysera sjukfrånvaro och arbetsmiljön i s.k. personalvårdsrund samt stöd i enskilda rehabiliteringsärenden.

6.6 Personalvolym, personalstruktur och personalkostnadsanalys

Antal nettoårsarbetare är 4 347. Det är en minskning med 144 jämfört med föregående år, en volymminskning med 3,2 procent. Tillsvidareanställda nettoårsarbetare har minskat med 97, antalet visstidsanställda har minskat med 52 och timanställda har ökat med 5.

I april 2015 genomfördes en verksamhetsförändring i NU-sjukvården, då verksamheterna på lokalsjukhusen togs över av Praktikertjänst. I denna förändring var det cirka 30 tillsvidareanställda nettoårsarbetare som var påverkade, varav 17 sjuksköterskor, 8 medicinska sekreterare, 3 undersköterskor och 2 administratörer/ledning.

Ett selektivt anställningsstopp infördes i slutet på mars 2015. Det innebär att endast de arbetsplatserna med underbemanning verksamheter ges tillåtelse att nyanställa personal. Dessutom begränsas rätten att nyanställa och förlänga pågående anställningar.

Den största minskningen av antal nettoårsarbetare är i yrkesgruppen sjuksköterskor och undersköterskor, totalt 129, varav 20 som är påverkade av verksamhetsförändringen. Minskningen har skett på samtliga områden. En av orsakerna är ortoped- och akutflytten (Uddevalla) i november 2015, då det var det många som valde att sluta både under våren och hösten 2015. Och det har varit svårt att återbesätta dessa tjänster. Även gruppen administratör, vård har minskat med 25. I denna grupp ingår bl.a. vårdadministrativa sekreterare, kanslist, assistenter och medicinska sekreterare som har minskat med 24 nettoårsarbetare. NU-sjukvården har 21 nettoårsarbetare som är anställda i projektet VGR Introduktionsanställningar för Unga Arbetssökande, där det utgår regionala medel för lönekostnaden. Många utav dessa arbetar på vårdavdelningar i köken. Därför ökningen av yrkesgruppen kök, städ och tvätt.

Netto årsarbetare per personalgrupp	Nettoårsarbetare mars 2016	Nettoårsarbetare mars 2015	Förändring antal	Förändring procent
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 406	1 468	-63	-4,3%
B Undersköterskor m.fl.	1 114	1 180	-66	-5,6%
C Läkare	621	615	6	1,0%
D Tandläkare	5	6	-1	-18,6%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	7	8	-1	-15,6%
F Administratör, vård	310	335	-25	-7,5%
G Rehabilitering och förebyggande	285	285	0	0,0%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	180	175	5	2,8%
I Utbildning, kultur och fritid	12	13	-1	-8,4%
J Teknik, hantverkare	23	20	3	14,6%
K Kök, städ, tvätt	29	17	12	69,0%
L Administration	355	368	-12	-3,4%
Huvudgrupp	4 347	4 491	-144	-3,2%

Antal avgångar (annan förvaltning eller helt externt) se bild nedan, i sjuksköterskegruppen är i princip oförändrad jämfört med 2015. Men är fortfarande hög jämfört med 2014 och 2013. I samband med verksamhetsövergången från lokalsjukhusen till praktikertjänst i april 2015, var det många av medarbetarna som har varit tjänstlediga fram till 160331. I antalet avgångar 2016, ingår 8 uppsägningar, där medarbetare som varit tjänstlediga, nu sagt upp sin anställning i NU-sjukvården, (1 barn-ssk, 6 allmän ssk och 1 röntgen-ssk).

Antal avgångar, annan förvaltning eller helt externt, tv.anst,	2016 Jan-Mars	2015 Jan-Mars	2014 Jan-Mars	2013 Jan-Mars
206010 Anestesisjuksköterska	1	2	1	1
206012 Psykiatrisjuksköterska	11	6	1	1
206013 Ambulansjuksköterska	5	3	4	3
206015 Intensivvårdssjuksköterska	0	3	2	0
206016 Operationssjuksköterska	2	2	1	1
206018 Sjuksköterska, barn	2	1	2	0
206021 Sjuksköterska, annan specialinriktning	1	0	1	5
206023 Sjuksköterska, specialfunktion	2	1	1	0
206090 Sjuksköterska, annan	23	28	17	8
206510 Röntgensjuksköterska	1	0	3	1
205010 Barnmorska, vårdavdelning	2	0	1	1
Totalt	50	46	34	21

Det pågår en mängd projekt inom ramen för uppgiftsväxling. Som exempel kan nämnas bildgranskning inom mammografin där arbetsuppgifter har flyttats från läkare till röntgensjuksköterskor. Denna åtgärd vidtogs för att lösa bemanningsproblematiken, samt ge ökad patienttillgänglighet. Arbetsväxlingen innebär också en kompetensutveckling. Ytterligare ett exempel inom uppgiftsväxling är läkaruppgifter som en ögonsjuksköterska utför på delegation.

Konsekvenser och förväntade effekter av de projekt rörande arbetsväxling som pågår är ökad patienttillgänglighet, lösa bemanningsproblem, kompetenshöjning och ökad effektivitet. Inom ett område har en förstudie genomförts för att skapa förutsättningar för att på ett systematiskt sätt arbeta med uppgiftsväxling.

NU-sjukvården har fortsatt behov att hyra in både bemanningsläkare och bemanningssjuksköterskor.

De läkarspecialiteter som har hyrts in är neurologi-, gastro-, hematologi-, hud-, lung-, kardiologi-, akutsjukvård- och allmän internmedicin inom medicinområdet. Bild och funktionsmedicin har köpt in röntgenläkare samt Patologin har anlitat patologläkare. Ortopeden och Operation har behövt köpa in ryggspecialist. Behov av olika inhyrda läkarspecialister, kommer även att var framöver.

Fortsatt behov har varit att använda bemanningsföretag på grund av svårigheten att rekrytera sjuksköterskor. Det är framförallt allmän sjuksköterskor på medicinområdet, både på akuten och på flera vårdavdelningar. Även ortopedens vårdavdelningar har haft behov av att anlita bemanningsföretag. På Bild och funktionskliniken har det varit brist på röntgensjuksköterskor och därför haft behov av att anlita bemanningsföretag. Fortsatt behov av bemanningssköterskor finns framöver.

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall mars 2016	Utfall mars 2015	Prognos mars 2016	Utfall 2015
Läkare	8 623	15 224	34 000	56 366
Sjuksköterskor	5 492	7 410	32 000	31 981
Övriga	0	33	0	34
Totalt	14 115	22 667	66 000	88 381

Lönekostnaderna för arbetad tid har minskat med 4,3 miljoner (-1,0 procent) se tabell nedan. Månadslön/grundlön, timlön och retroaktiv lön har minskat med 765 tkr, (-0,2 procent) jmf med samma period 2015 (första kvartalet 2015 är det 2014 års löner, medan jämförelsen 2016 är 2015 års löner). Löneökning 2015 2,8 procent.

Den största minskningen av utbetald månadslön/grundlön står undersköterskegruppen för, som har minskat med 2,7 miljoner (-3,6 procent). Medan läkargruppen har ökat i antal nettoårsarbetare och därmed utbetald lön med 2,9 miljoner (3,2 procent). Det framförallt fler ST-läkare anställda.

De tre lönekonton som procentuellt ökat mest (lönekonto 4098 inte med i analysen) jämfört med kvartal 1 2015 är:

- ”Konto 4096 Retroaktivt omräkning journalskuld” som ökat med 38,6 procent. Omräkning av journalskulden (läkare) pga. lönejusteringar.

- ”Konto 4045 Arbetad tid under jour” ökat med 13,5 procent. Det är i snitt ca 9 läkare (netto) fler per månad jämfört med kvartal 1 2015. Vilket innebär fler arbetade jour-timmar av ordinarie personal.
- ”Konto 4024 Ers utöver månlön/särsk. arbtid” har ökat med 11,3 procent. Ökningen är knuten till förskjuten arbetstid. Det förekommer i flera yrkesgrupper, men framförallt är det yrkesgruppen sjuksköterskor och läkare som har den största ökningen. Det är Område II som står för nästa hela kostnadsökningen.

Lön arbetad tid, uppdelad på lönekonto, belopp tkr	Jan-Mars 2016, lönekostnader	Jan-Mars 2015, lönekostnader	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
4011 Timlön	13 998	13 847	151	1,1%
4021 Månadslön/grundlön	376 420	377 388	-968	-0,3%
4022 Retroaktiv lön	681	630	51	8,1%
4024 Ers utöver månlön/särsk arbtid	968	870	98	11,3%
4027 Uttag av komp. tid	-2 231	-2 350	119	-5,1%
4028 Uttag av jourkompensation	-15 542	-14 142	-1 400	9,9%
4029 Lön semester/innev semesterupp	-20 970	-19 433	-1 537	7,9%
4031 OB-tillägg	23 939	25 777	-1 838	-7,1%
4041 Mertid,komp, fyllnadstidsersät	2 416	2 667	-251	-9,4%
4042 Enkel övertidsersättning	1 375	1 405	-30	-2,1%
4043 Kvalificerad övertidsersättnin	7 535	7 723	-188	-2,4%
4044 Övrig övertidsersättning	1 541	1 446	95	6,6%
4045 Arbetad tid under jour	9 306	8 198	1 108	13,5%
4051 Jour, beredskapsersättning	2 952	2 784	168	6,0%
4081 Arvodesersättningar	740	1 135	-395	-34,8%
4092 Periodiserad jourkompensation	18 758	18 226	532	2,9%
4093 Period fyllnadstid, intjänad	545	516	29	5,6%
4094 Period enkel övertid intjänad	833	969	-136	-14,0%
4095 Period kval övertid intjänad	696	643	53	8,2%
4096 Retroaktiv omräkn joursskuld	198	143	55	38,5%
4097 Retro omr mer och övertidsskul	20	32	-12	-37,5%
4098 Periodiserad omvandlad tid	11	4	7	175,0%
40 Lön arb tid	424 190	428 479	-4 289	-1,0%

Lön för ej arbetad tid har minskat med 800 tkr (-1,0 procent) jämfört med kvartal 1 2015. De tre lönekonto som procentuellt har ökat mest är

”Konto 4122 Sjuklön utanför sjuklöneperiod” har ökat med 33,2 procent. Sjukfrånvaron över 14 dagar har ökat och då har utbetalning av takersättning ökat. Det gäller framförallt yrkesgruppen läkare och administratörer (ledning och handläggare) som har skett en stor ökning.

”Konto 4111 Semesterlön, semesterdagstillägg” som ökat med 11,8 procent. Visstidsanställda (BEA, noder) avslutades vid årsskiftet och intjänad semesterlön har utbetalats under första kvartalet 2016. Arbetsgivaren får ersättning från arbetsförmedlingen för del av lönekostnaden.

”Konto 4131 Föräldraledighet” ökat med 2,9 procent. Ökade kostnader för takersättning (fler läkare som tar ut föräldraledighet)

Lön ej arbetad tid, uppdelad på lönekonto, belopp tkr	Jan-Mars 2016, lönekostnader	Jan-Mars 2015, lönekostnader	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
4111 Semesterlön, semesterdagstill	2 953	2 641	312	11,8%
4121 Sjuklön inom sjuklöneperioden	7 804	8 534	-730	-8,6%
4122 Sjuklön utanför sjuklöneperiod	2 513	1 887	626	33,2%
4131 Föräldradighet	1 333	1 295	38	2,9%
4141 Personalutbildning	7 256	8 246	-990	-12,0%
4151 Semesterlön intjänad och tillä	56 569	55 907	662	1,2%
4159 Retroaktiv omr semesterlönesku	-412	230	-642	-279,1%
4199 An lön/ers avgvederl (pens gr)	888	950	-62	-6,5%
41 Lön ej arb tid	78 904	79 690	-786	-1,0%

Kostnader för OB-tillägg har minskat med 1,8 miljoner (-7,1 procent) jämfört mellan perioderna. En av orsakerna är att juldagarna (storhelg) 2015 inföll på både vardag (torsdag, fredag) och helg (lördag), vilket innebär att "OB-tillägg helg" minskat. Jämfört med samma period förra året, då julen 2014 inföll på vardag (onsdag, torsdag och fredag) och därefter en helg med "OB-tillägg helg". Ytterligare en orsak är att det varit färre i tjänst.

OB-tillägg, uppdelat per yrkeskategori, belopp tkr	Jan-Mars 2016, kostnad	Jan-Mars 2015, kostnad	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	11 662	12 216	-554	-4,5%
B Undersköterskor m.fl.	10 962	11 832	-870	-7,4%
C Läkare	49	191	-142	-74,3%
D Tandläkare	0	1	-1	-100,0%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	0	2	-2	-100,0%
F Administratör, vård	362	508	-146	-28,7%
G Rehabilitering och förebyggande	193	267	-74	-27,7%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	437	464	-27	-5,8%
I Utbildning, kultur och fritid	0	2	-2	-100,0%
J Teknik, hantverkare	101	91	10	11,0%
K Kök, städ, tvätt	115	64	51	79,7%
L Administration	56	138	-82	-59,4%
V VGR-special	2	2	0	0,0%
Summa	23 939	25 778	-1 839	-7,1%

Övertiden har minskat med 900 timmar (-3,1 procent) jämfört med samma period 2015. Omfördelning har skett genom att mertid och enkel övertid minskar medan kvalificerad övertid har ökat med ca 650 timmar. Jämförelse 2016 med samma period 2014, så är ökningen av kvalificerad övertid ca 3 000 timmar.

Mertid, enkel och kval övertid, uppdelat per yrkeskategori, timmar schema	Timmar jan-febr 2016	Timmar jan-febr 2015	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	16 635	17 232	-597	-3,5%
B Undersköterskor m.fl.	9 298	9 070	227	2,5%
C Läkare	525	475	51	10,6%
D Tandläkare	158	106	52	48,7%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	31	15	15	99,7%
F Administratör, vård	375	752	-378	-50,2%
G Rehabilitering och förebyggande	607	832	-225	-27,0%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	474	477	-3	-0,7%
I Utbildning, kultur och fritid	25	43	-18	-41,7%
J Teknik, hantverkare	89	96	-6	-6,7%
K Kök, städ, tvätt	58	26	31	117,4%
L Administration	911	983	-72	-7,3%
Summa	29 185	30 108	-923	-3,1%

Mertid, enkel och kval övertid, timmar schema	Timmar jan-febr 2016	Timmar jan-febr 2015	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
Mertid	9 709	11 103	-1 394	-12,6%
Enkel övertid	4 808	5 002	-194	-3,9%
Kval övertid	14 667	14 003	665	4,7%
Summa	29 185	30 108	-923	-3,1%

9. En budget i balans

9.1 Ekonomiskt resultat

9.1.1 Resultaträkning

Mnkr	Periodens utfall				Helårsresultat		
	Utfall tom innev period	Budget tom innev period	Utfall tom innev period fg år	Förändring utfall/utfall %	Prognos per innev period	Budget tom 1612	Utfall tom 1512
VÖK	1 017,1	1 013,5	1 029,6	-1,2%	4 065,0	4 054,2	3 974,7
Regioninterna intäkter	98,0	73,4	66,0	48,5%	373,7	291,0	315,5
Externa intäkter	45,4	54,1	43,9	3,6%	189,6	233,1	207,5
Summa intäkter	1 160,6	1 141,0	1 139,5	1,9%	4 628,3	4 578,3	4 497,6
Kostnader							
Personalkostnader	-729,1	-718,2	-732,6	-0,5%	-2 861,5	-2 845,1	-2 813,2
Bemanningsföretag	-14,1	-7,3	-22,7	-37,7%	-66,0	-30,0	-88,4
Köpt vård	-18,8	-13,4	-16,7	13,1%	-73,4	-53,4	-72,1
Läkemedel	-137,1	-130,3	-123,5	11,0%	-536,0	-529,0	-496,0
Övriga omkostnader	-264,0	-252,4	-258,0	2,3%	-1 052,6	-1 032,2	-1 021,2
Avskrivningar	-19,3	-19,5	-19,4	-0,5%	-80,0	-80,0	-78,2
Summa kostnader	-1 182,5	-1 141,0	-1 172,8	0,8%	-4 669,5	-4 569,8	-4 569,0
Finansiella intäkter/kostnader	-2,3	-2,1	-1,9	20,1%	-8,8	-8,5	-7,5
Netto	-24,2	-2,1	-35,3	-31,4%	-50,0	0,0	-78,9

9.1.2 Utfall jämfört med budget

Intäkter

För perioden januari-mars är intäkterna 19,5 mnkr högre än budget. De främsta orsakerna till den positiva avvikelserna är ersättning för kvinno- och förlossningsvård, flyktingar, fria läkemedel för barn och unga, psykisk ohälsa, standardiserade vårdförlopp cancer, ordnat införande inklusive Patos (digitalisering inom patologi), varaktigt vårdbehov, samt köp av garantivård. Dessa medel var inte kända i budgetarbetet.

Ytterligare ersättningar utöver budget är till exempel för ökade transporter av asylsökande, utskrivningsklara patienter, förlossningar över plan och projekt.

NU-sjukvården har till och med mars producerat ca 1 mnkr över budgeterat ersättningstak. Det är fler vårdtillfällen men färre läkarbesök både inom somatisk och psykiatrisk vård.

Kostnader

Personalkostnaderna inklusive bemanningsföretag är till och med mars 18 mnkr (2,4 procent) högre än budget. Överskridandet motsvaras av egen personal med 10,7 mnkr och bemanningsföretag med 6,8 mnkr. Övriga personalkostnader ligger ungefär som budget.

Kostnaden för köp av vård totalt är cirka 19 mnkr (41 procent) högre än budget, delvis beroende på köp av garantivård som inte är budgeterad. För köp av garantivård uppgår kostnaden till och med mars till knappt 4 mnkr som motsvaras av en intäkt från regionen. Kostnaden för köp av högspecialiserad vård ligger cirka 2 mnkr bättre än budget. Kostnad för valfrihetsvård är högre än budget till och med mars med 4,5 mnkr.

Övriga omkostnader är knappt 12 mnkr (4,6 procent) högre än budget. De poster som avviker är främst kostnader för lab- och röntgen, implantat och övrigt sjukvårdsmateriel. Ankomstregistrerade fakturor uppgår till 11,6 mnkr. Kostnader för sår är cirka 1 mnkr bättre än budget.

Läkemedelskostnaderna är 7 mnkr (5 procent) högre än budget. Avvikelsen beror främst på högre kostnader än förväntat för hepatit C-läkemedel, vilket även motsvaras av en ökad intäkt (ordnat införande).

9.1.3 Utfall jämfört med föregående år

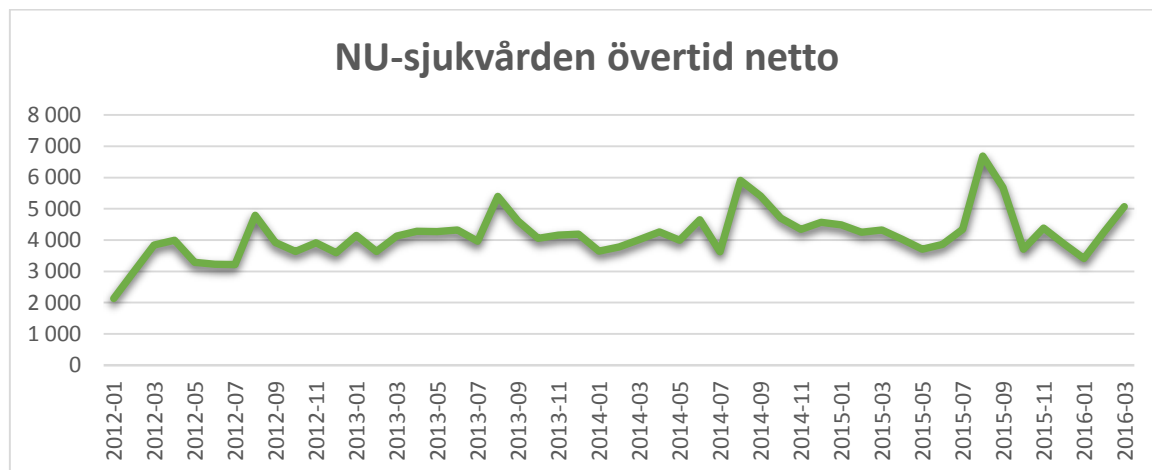
Intäkter

Intäkterna är 21 mnkr (knappt 2 procent) högre än samma period föregående år. De främsta orsakerna är diverse ägartillskott för flyktingar, kvinno- och förlossningsvård, fria läkemedel för barn och unga, psykisk ohälsa mm cirka 27 mnkr, såld vård asyl 6,4 mnkr och såld vård till andra landsting mm cirka 1 mnkr.

Kostnader

Personalkostnaderna inklusive bemanningsföretag är 12 mnkr (-1,6 procent) lägre till och med mars 2016 jämfört med motsvarande period föregående år. Antalet nettoårsarbetare (egen personal) är lägre 2016 jämfört med samma period föregående år, se avsnitt 6.

Den totala nettokostnaden för övertid, till och med mars 2016, ligger drygt 0,3 mnkr lägre (-2,4 procent) än motsvarande period 2015. Den kvalificerade övertiden har ökat med knappt 0,3 mnkr (cirka 10 procent).



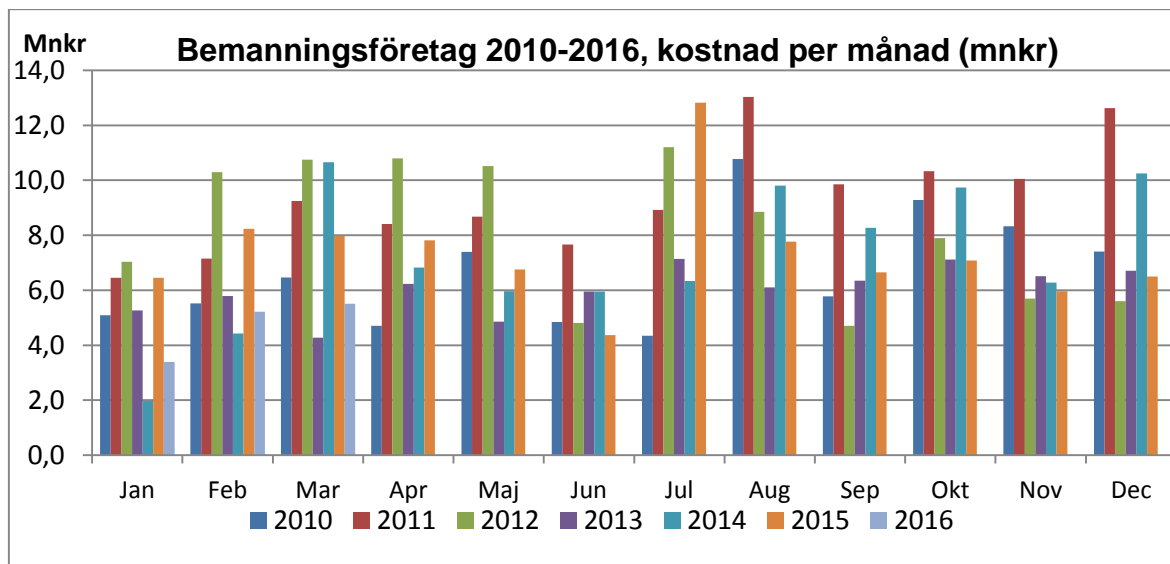
Kostnaden för timlön är något högre jämfört med samma period 2015.

Kostnaden för OB är cirka 1,8 mnkr lägre till och med mars 2016 jämfört med motsvarande period föregående år. Minskningen är till största delen i januari och beror dels på färre nettoårsarbetare och dels en röd dag mindre i december 2015 jämfört med december 2014.

Jourkostnaden netto för läkare har till och med mars 2016 ökat med 3 procent eller 0,5 mnkr jämfört med samma period föregående år.

Övriga personalkostnader för utbildning mm är cirka 0,7 mnkr lägre än motsvarande period föregående år.

Kostnaden för att anlita bemanningsföretagen uppgår till 14 mnkr till och med mars 2016, vilket är 8,5 mnkr mindre än motsvarande period 2015. När det gäller köp av läkartjänster är det främst inom område bild- och funktionsmedicin och vissa medicinspecialiteter, där det råder brist på läkare. Köp av sjuksköterskor har utgjort en ökande andel av de totala kostnaderna för bemanningsföretag under 2015, men har de tre första månaderna 2016 minskat. Det är främst inom område medicin, ortopedi, barn samt bild- och funktionsmedicin. Köp av bemanningsföretag utgör cirka 1,9 procent av de totala personalkostnaderna, och är en minskning med knappt 37 procent jämfört med motsvarande period föregående år.



Kostnaden för köp av vård är totalt drygt 2 mnkr högre jämfört med 2015. För köp av garanti-vård är kostnaden 3,2 mnkr lägre än föregående år medan kostnaden för köp av valfrihetsvård är cirka 6,3 mnkr högre och högspecialiserad vård cirka 1,1 mnkr lägre jämfört med föregående år.

Övriga omkostnader är 6 mnkr högre till och med mars 2016 jämfört med samma period föregående år, vilket främst beror på ökade kostnader för lab- och röntgentjänster, sjukvårdsmateriel, hyra av lokaler, samt IT-tjänster.

Kostnaderna för läkemedel är 14 mnkr (11 procent) högre jämfört med 2015. Kostnadsökningen beror främst på ökade kostnader för Hepatit-C-läkemedel (10 mnkr), MS-läkemedel (Tecfidera, 1 mnkr) och gula fläcken (Eyela/Lucentis, 1 mnkr).

9.1.4 Helårsprognos inkl analys och prognossäkerhet

Resultatet för 2016 bedöms bli -50 mnkr. Prognosen förutsätter att planerade kostnadsänkande åtgärder verkställs samt att ersättning från beställarna erhålls fullt ut. Osäkerheter i prognosen utgör konsekvenser av nya stärdriktlinjer, risk för produktion under ersättningstaket, ökade kostnader för flyktingar samt kraftigt ökande kostnader för valfrihetsvården.

Intäkter

I budget 2016 budgeterades drygt 40 mnkr i intäkter utöver kända förväntade intäkter.

Budgetavvikelsen för intäkterna bedöms bli 47 mnkr högre än budget. De främsta orsakerna till avvikelsen är de vid budgeteringstillfället inte kända finansieringen för flyktingar, kvinno- och förlossningsvård, köp av garantivård, samt ytterligare ersättning för psykisk ohälsa.

Övriga orsaker till avvikelserna är ej budgeterade projektintäkter samt ersättning för ökat antal förlossningar över plan.

Statsbidrag beroende på köp av bemanningsföretag, och ersättning för asylpatienter bedöms bli högre än budget.

Tillgänglighetssatsningar sker enligt plan utom för hud, koloskopier och obesitas, vilka förväntas utföra dessa under resterande del av året.

Kostnader

Personalkostnaderna inklusive bemanningsföretag bedöms till 2 928 mnkr, vilket är 52 mnkr högre än budget, varav bemanningsföretag beräknas utgöra 66 mnkr.

Köp av vård bedöms till cirka 73 mnkr. I bedömningen ligger köp av garantivård för totalt 7 mnkr, vilket motsvaras av en intäkt. I bedömningen ingår att NU-sjukvården faktureras för budgeterade PCI utförda av SU, att kostnaden för valfrihetsvård inte blir högre än 15 mnkr över budget och att utfallet för högspecialiserad vård (brännskador och ecmo) bedöms bli 2 mnkr bättre än budgeterat.

Övriga omkostnader bedöms bli 1 053 mnkr, vilket är knappt 21 mnkr sämre än budget. De främsta budgetavvikelserna avser lab-tjänster (Patos) och sjukvårdsmateriel.

Läkemedelskostnader bedöms bli 536 mnkr, vilket är cirka 7 mnkr högre än budget. Avvikelsen kan hänföras till ökade kostnader för Hepatit C-läkemedel.

9.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans

Den 29 januari fattade NU-sjukvårdens styrelse beslut om ett åtgärdsprogram bestående av:

- vårdplatsförändringar
- minskat nyttjande av bemanningsföretag
- effektivisering av intensivvården
- effektivisering av ledningskansliet/staberna
- effektivisering av läkemedelsanvändandet, samt
- effektivare lokalutnyttjande

De stora ekonomiska effekterna som faller in relativt snabbt är minskat antal vårdplatser och minskat användande av bemanningsföretag.

Vårdplatsförändringar

Alla planerade vårdplatsförändringar är genomförda, utom för avdelning 45 som planeras att genomföras senast 30 september. Förseningen beror på behov av lokalförändringar, vilket tagit längre tid att genomföra än ursprungligen planerat.

Minskat användande av bemanningsföretag

Q1 2016 har kostnaden för bemanningsföretag minskat med 8,5 mnkr (-38 procent) jämfört med Q1 2015. Den stora utmaningen är att minska användandet av bemannings-sjuksköterskor. Arbete pågår för att påskynda uppgiftsväxling. Exempelvis ska en pilot påbörjas avseende att låta receptarie istället för sjuksköterska sköta delning av läkemedel på en medicinavdelning.

Effektivisering av intensivvården

Verksamheten har minskat 21 nettoårsarbetare mars 2016 jämfört med mars 2015, motsvarande 5 procent. Målet var en minskning av kostnaderna med ca 10 mnkr, vilket nästan är uppnått i mars 2016.

Effektivisering av ledningskansliet/staberna

Ledningskansliet har minskat 19 nettoårsarbetare mars 2016 jämfört med mars 2015, motsvarande knappt 10 procent. Knappt hälften av minskningen är relaterad till personer finansierade av arbetsmarknadsåtgärder, men där finansieringen upphört 2016.

Effektivisering av läkemedelsanvändandet

Den största enskilda effektiviseringen för läkemedel är att ersätta Lucentis/Eylea (som används inom ögonsjukvården) med Avastin. Bedömd årlig kostnadsänkning är ca 10-12 mnr. Utbytet har inte skett ännu. Verksamheten inväntar regional HTA-analys innan genomförande.

Effektivare lokalutnyttjande

Arbete pågår med att förtäta användandet av lokaler på både NÄL och Uddevalla sjukhus. Uppsatta mål bedöms nås under 2016.

9.4 Investeringar

Investeringarna uppgår totalt till 21 mnr, vilket är betydligt lägre jämfört med samma period 2015 (88 mnr). Det är framförallt lokalinvesteringar kopplat till TAKT-projektet som ligger på en lägre nivå jämfört med 2014. TAKT (Tydlig Arbetsfördelning för Kvalitet och Tillgänglighet) avser projekt kring flytt av akut ortopedi från Uddevalla sjukhus till NÄL med tillhörande verksamhetsförändringar.

Utrustningsinvesteringarna uppgår till och med mars till 17 mnr, vilket är betydligt lägre jämfört med samma period 2015 (31 mnr). Minskningen är framförallt kopplad till lägre investeringsnivå i TAKT-projektet. De största enskilda utrustningsinvesteringarna hittills i år är en återinvestering av en röntgenutrustning, multilab, i Uddevalla (5 mnr).

Prognosen för utrustningsinvesteringar 2016 ligger på 100 mnr, vilket är högre jämfört med 2014 (92 mnr) och högre än budget för 2016 (94 mnr). Den största anledningen till avvikelserna är att flera stora investeringar som beslutades 2015 levereras och faktureras först under 2016. De största enskilda investeringarna under 2016 gäller utbyte av röntgenutrustningar (SPECT-CT, angiolog och två CT) samt utbyte av ventilatorer på IVA.

Lokalinvesteringarna uppgår till och med mars till 4 mnr, vilket är betydligt lägre jämfört med samma period 2015 (25 mnr). Minskningen beror till största delen på en lägre investeringsnivå i TAKT-projektet.

Prognosen för lokalinvesteringar 2016 ligger på 32 mnr, vilket är lägre jämfört med 2015 (57 mnr) men i nivå med det årets låneutrymme.

10. Bokslutsdokument och noter

NU-sjukvården

Resultaträkning	Not	Utfall 1603	Utfall 1503
Verksamhetens intäkter	1	1 160 581	1 139 454
Verksamhetens kostnader	2, 3	-1 163 183	-1 153 416
Avskrivningar och nedskrivningar	4	-19 302	-19 399
Verksamhetens nettokostnader		-21 904	-33 361
Finansnetto	5	-2 323	-1 932
Årets resultat		-24 227	-35 293

Kassaflödesanalys	Not	Utfall 1603	Utfall 1503
Löpande verksamhet			
Årets resultat		-24 227	-35 293
Avskrivningar	4	19 302	19 399
Utrangeringar/nedskrivningar		91	5
Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital		-4 834	-15 889
Förändring av rörelsekapital			
Ökning-/minskning+ av kortfristiga fordringar	10	42 157	84 278
Ökning+/minskning- av kortfristiga skulder	12	35 374	3 342
Kassaflöde från löpande verksamhet		72 697	71 731
Förändring av redovisningsprincip		0	0
Förändring av eget kapital		0	0
Investeringsverksamhet			
Investeringar	6	-16 681	-30 759
Anläggningstillgångar överfört mellan enheter		0	21
Kassaflöde från investeringsverksamheten		-16 681	-30 738

Finansieringsverksamhet			
Kassaflöde från finansieringsverksamheten		0	0
ÅRETS KASSAFLÖDE		56 016	40 993
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		193 442	27 017
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		249 457	68 011
Kontroll av årets kassaflöde		56 015	40 994
Differens		-1	1

Balansräkning	Not	Utfall 1603	Utfall 1512
Anläggningstillgångar			
Immateriella anläggningstillgångar	7	0	0
Materiella anläggningstillgångar			
- maskiner och inventarier	8	308 364	311 075
Summa anläggningstillgångar		308 364	311 075
Omsättningstillgångar			
Förråd		23 815	23 815
Kortfristiga fordringar	10	164 073	206 230
Likvida medel		249 457	193 442
Summa omsättningstillgångar		437 345	423 487
Summa tillgångar		745 709	734 562
Eget kapital			
Eget kapital		-78 913	-245 413
Bokslutsdispositioner		0	245 413
Årets resultat		-24 227	-78 913
Summa eget kapital		-103 140	-78 913
Avsättningar		0	0
Skulder			
Långfristiga skulder	11	331 413	331 413
Kortfristiga skulder	12	517 436	482 062
Summa skulder		848 849	813 475
Summa eget kapital, avsättningar och skulder		745 709	734 562

Redovisningen är upprättad enligt de anvisningar som lämnats från Västra Götalandsregionen. Anvisningarna bygger på kommunallagen, lagen om kommunal redovisning samt rekommendationer utfärdade av Rådet för kommunal redovisning.

Noter:

1. Verksamhetens intäkter	1603	1503
Patientavgifter med mera	18 421	19 333
Såld vård internt	1 032 804	1 038 819
Såld vård externt	11 846	10 763
Försäljning material, varor och tjänster, internt	17 830	20 321
Försäljning material, varor och tjänster, externt	8 491	8 272
Hysesintäkter	86	84
Statsbidrag	1 142	3 206
Övriga bidrag, internt	63 746	31 402
Övriga bidrag, externt	3 035	141
Övriga intäkter, internt	673	4 945
Övriga intäkter, externt	2 507	2 168
Totalt	1 160 581	1 139 454

2. Verksamhetens kostnader	1603	1503
Personalkostnader	729 089	732 568
Bemanningsföretag	14 116	22 666
Köpt vård internt	582	571
Köpt vård externt	18 248	16 079
Läkemedel	137 131	123 501
Lämnade bidrag, internt	0	1 624
Lämnade bidrag, externt	273	459
Lokalkostnader, internt	71 323	62 964
Lokalkostnader, externt	6 185	5 284
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	26 951	23 710
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	9 926	7 037
Material och varor, internt	33 418	33 605
Material och varor ,externt	56 851	57 314
Övriga tjänster, internt	29 496	37 766
Övriga tjänster, externt	3 829	4 784
Övriga kostnader, internt	14 260	13 074
Övriga kostnader, externt	11 505	10 410
Totalt	1 163 183	1 153 416

3. Personalkostnader, detaljer	1603	1503
Löner	503 798	508 170
Övriga personalkostnader	8 774	9 496
Sociala avgifter	216 517	214 902

Totalt	729 089	732 568
<hr/>		
4. Avskrivningar och nedskrivningar	1603	1503
<hr/>		
<i>Avskrivningar</i>		
Maskiner och inventarier	19 302	19 399
Totalt avskrivningar och nedskrivningar	19 302	19 399
<hr/>		
5. Finansnetto	1603	1503
<hr/>		
<i>Finansiella intäkter</i>		
Ränteintäkter, internt	0	42
Ränteintäkter, externt	5	34
Övriga finansiella intäkter, externt	78	159
Totalt	83	235
<hr/>		
<i>Finansiella kostnader</i>		
Räntekostnader, internt	2 403	2 157
Räntekostnader, externt	2	10
Övriga finansiella kostnader, externt	1	0
Totalt	2 406	2 167
Totalt finansnetto	-2 323	-1 932
<hr/>		
6. Investering i anläggningstillgångar	1603	1503
<hr/>		
Årets investering i maskiner och inventarier	16 681	28 959
Årets pågående investering	0	1 800
Totalt	16 681	30 759
<hr/>		
7. Immateriella anläggningstillgångar inklusive medicin-tek-niska informationssystem	1603	1512
<hr/>		
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	2 445	2 445
<i>Utgående ackumulerade anläggningstillgångar</i>	2 445	2 445
<hr/>		
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>		
Vid årets början	2 445	2 445
<i>Utgående ackumulerade avskrivningar</i>	2 445	2 445
Utgående restvärde	0	0
<hr/>		
8. Maskiner och inventarier	1603	1512
<hr/>		
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	1 575 616	1 549 193
Nyanskaffningar	16 681	91 876
Omklassificeringar	0	1 589
Överfört mellan enheter	0	202

Försäljningar/utrangeringar	-5 085	-67 244
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	1 587 212	1 575 616

Ackumulerade avskrivningar

Vid årets början	1 264 539	1 252 819
Årets avskrivning och nedskrivning	19 302	78 160
Överfört mellan enheter	0	98
Försäljningar/utrangeringar	-4 993	-66 538
Utgående ackumulerade avskrivningar	1 278 848	1 264 539
Utgående restvärde	308 364	311 077

9. Pågående investeringar

1603	1512
Ackumulerade anskaffningsvärden	
Vid årets början	0 1 589
Omklassificeringar	0 -1 589
Utgående ackumulerade anläggningstillgångar	0 0

10. Kortfristiga fordringar

1603	1512
Kundfordringar, internt	55 421 41 344
Kundfordringar, externt	16 190 24 584
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt	28 263 22 531
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt	33 190 19 675
Övriga fordringar, internt	14 918 92 937
Övriga fordringar, externt	16 091 5 159
Totalt	164 073 206 230

11. Långfristiga skulder

1603	1512
Övriga långfristiga skulder, internt	331 413 331 413
Totalt	331 413 331 413

12. Kortfristiga skulder

1603	1512
Leverantörsskulder, internt	5 190 4 975
Leverantörsskulder, externt	78 302 81 511
Semesterskuld	168 720 143 687
Löner, jour, beredskap, övertid	83 161 82 686
Arbetsgivaravgifter, källskatt, F-skatt	110 016 99 067
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt	3 766 1 990
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt	20 051 23 831
Övriga kortfristiga skulder, internt	44 804 33 081
Övriga kortfristiga skulder, externt	3 426 11 234
Totalt	517 436 482 062

11. Tillkommande rapportering

11.1 Påverkan till följd av den rådande flyktingsituationen

De verksamheter som märkt ökad belastning av den rådande flyktingsituationen inkluderar akutmottagningen, förlossningsverksamheten inklusive BB, barn- och ungdomssjukvård, infektionsvård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård samt vuxenpsykiatrisk vård. Mest belastat är akutmottagningen (där sökande med asyl har fördubblats, jmf mars 2015-mars 2016), förlossningsvården med graviditeter som inte kontrollerats och brist på tolkar, barnmottagning, infektionsmottagning samt en tydlig ökning av sökande till BUP och VUP. BUP och VUP planerar gemensamt en ”trauma-mottagning” för flyktingar som far psykiskt illa av upplevelser från flykt. Inom Fyrbodalen har ett större antal ensamkommande flyktingbarn placerats, på grund av tidigare erfarenhet av sådan verksamhet. Dessa barn kräver särskilda insatser.

Behovet av arabisk och somalisk tolk finns dygnet runt inom förvaltningen, på grund av flyktingmottagandet.

Enstaka slutenvårdstillfällen med hög vårdkostnad finns noterad. Statsbidraget uppfattas täcka merkostnad för omhändertagandet av människor på flykt.

12. Fördjupad rapport till styrelsen för NU-sjukvården

Prioriterade aktiviteter 2016		
Aktivitet	Ansvarig	Kommentar
1. Införa utdataportal, inkl informationsanalys.	Ekonomichef	Införande av utdataportalen beräknas ske i maj efter att alla chefer gått igenom utbildning. Ny kravspec ska tas fram, baserad på informationsanalys som genomförs i april, för vidare utveckling under hösten 2016.
2. Effektivt arbete med styrande dokument.	Kommunikationschef	En absolut majoritet av alla styrande dokument i NU-sjukvården finns i Business Process Management-systemet Barium. Ledningskansliet bereder ett förslag till arbetssätt för att minska volymen styrande dokument, genom att på utöka andelen NU-gemensamma styrande dokument samtidigt som ett flertal styrdokument på kliniknivå kan avvecklas (konsolidering). Ett arbete pågår med att flytta samtliga verksamheters sidor på intranätet över i en gemensam struktur, för att underlätta att hitta styrande dokument från andra verksamheter än den egna.
3. Förbättrat arbetssätt på akutmottagningen.	Områdeschef Område I	Ledtider försämrats i samband med flytten av akut ortopedi november 2015. Analys och åtgärdsförslag framtagna och delvis implementerade. Tester påbörjas av ytterligare åtgärder. Ledtider förbättrats efter genomförda åtgärder.
4. Systematiskt omhändertagande av medarbetarenkätens resultat.	HR-chef	Enligt kommunicerad tidsplan ska första linjens enheter/avdelningar/mottagningar tagit fram en handlingsplan med prioriterade områden och tidsbestämda aktiviteter. Arbetet med att hantera resultatet pågår parallellt även på klinik- och områdesnivå. HR (samt företagshälsovården vid behov) finns tillgängliga som stöd till cheferna i arbetet. Det är ca 75 % av cheferna som har en färdig handlingsplan efter mars månads utgång.
5. Skapa system/arbetssätt för värdestyrd vård och person-centrerad vård.	Områdeschef Område II	En styrgrupp för värdestyrd vård och personcentrerat arbetssätt har sitt första möte i början av maj. Styrgruppen har till uppgift att säkra system för uppföljning av aktuella processer och andra kvalitetshöjande förbättringsarbeten liksom kunskapsinhämtning och lärande över gränserna vad gäller värdestyrd vård och personcentrerat arbetssätt. Flera processer och förbättringsarbeten är redan igångsatta. Flera processer är också standardiserade vårdflöpp. NU-sjukvården deltar i regionens satsning på personcentrerat arbetssätt och en utvecklingsledare är utsedd att arbeta förvaltningsövergripande med frågan. Utbildningsaktiviteter pågår.

6. Utveckla effektiva bemanningsstrukturer.	HR-chef	Arbete pågår med att inför en gemensam modell för personalbudgetering och daglig bemanningsvolym på slutenvårdsavdelningarna. Modellen utgår från normerade bemanningsmål (Antal vårdplatser per SSK resp. USK dag/kväll/natt/vardag/helg) och tydliggör samtidigt budgeterad och potentiellt tillgänglig volym "överturer" per vecka. Avsikten är att samtliga slutenvårdsavdelningar skall arbeta efter nya bemanningsmål senast till årsskiftet 2016/17
---	---------	--

Mätetal	Målvärde 2016 (helår)	Utfall mars 2016	Kommentar
VI HAR KRAFT ATT GENOMFÖRA			
Ekonomi i balans			
1. Budgetavvikelse	0 mnkr	-22 mnkr	Regionalt godkänd avvikelse 2016 är -40 mnkr.
Rätt kompetens på rätt plats			
2. Kostnaderna för bemanningsföretag	-30 mnkr	-14 mnkr	
VI HAR KVALITET OCH TILLGÄNGLIGHET			
Goda medicinska resultat			
3. Andel regionala kvalitetsindikatorer, där NU-sjukvården når regionala måltal	>85%	13/17, 76%	Uppgifter för Q1 2016 är ej klara. Värdet avser december 2015.
4. Andel regionala kvalitetsindikatorer, där NU-sjukvården når regionala måltal (psykiatri)	40% (5/13)	-	Ingen registrering sker.
Rätt vård i rätt tid			
5. Total vistelsetid TVT; Andel patienter med < 4 tim vid besök på akutmottagning	75%	58%	
Säker vård			
6. Andel patienter inom slutenvård med läkemedelsberättelse som patienten tar del av	75%	49 %	Har arbetat fram en ny rutin för utskrivningsmeddelande till patienten som tas i bruk i maj månad.
VI SKAPAR VÄRDE FÖR PATIENTERNA			
Gränsöverskridande samarbete			
7. Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar efter slutenvård.	<8%	13,9%	Värdet avser december 2015.

8. Antal dagar från utskrivningsklar till utskrivning	2 200/månad	2 559/mån	Värdet är genomsnittet för kvartal I 2016.
9. Antal dagar med betalningsansvar, medicinskt färdigbehandlade	240/månad	138/mån	Värdet är genomsnittet för kvartal I 2016.

NU-sjukvården

Marith Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Ärende 4

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-11

Diarienummer NU 62-2016

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Område II

Handläggare: Ulrika Tagnfors

Telefon: 0702-24 09 11

E-post: ulrika.tagnfors@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Jämlik cancervård – psykosocialt stöd

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården ställer sig bakom framtagen handlingsplan.

Sammanfattning av ärendet

Västra Götalandsregionens revisorer har i en förstudie identifierat psykosocialt stöd som ett riskområde inom cancervården och beslutat att genomföra en fördjupad granskning. Granskningen inriktar sig på regionens styrning mot jämlik cancervård av patienter med bröst- och prostatacancer. Fokus i granskningen är följsamhet till beslut, riktlinjer och vårdprogram med särskilt fokus på psykosocialt stöd till patienter.

EY har på uppdrag av revisorskollegiet genomfört granskningen, vilken redovisas i rapporten Jämlik cancervård – Psykosocialt stöd. Den omfattar SÄS och NU-sjukvården.

Den sammanfattande bedömningen ger NU-sjukvården ett gott betyg. Frågan om psykosocialt stöd bedöms som högst närvarande. Likaså bedöms följsamheten till riktlinjerna (regional medicinsk riktlinje Cancervårdprocessen) som hög, ansvarsrollerna tydliga och den organisatoriska strukturen ändamålsenlig. Det anges att det psykosociala stödet har utvecklats betydligt under de senaste åren, och framförallt så har kontaktsjuksköterskans roll tydliggjorts och förstärkts.

Några områden har man valt att lyfta fram där förbättringar bör göras och man har också bett NU-sjukvården om en handlingsplan för att uppnå denna förbättring.

Rekommendationerna omfattar att:

- *Tydliggöra vilka principer som ska gälla för hur erbjudande av fördjupat stöd av exempelvis kuratorer ska erbjudas och utifrån vilka kriterier kontaktsjuksköterskorna ska bedöma detta behov.*
- *Säkerställa att alla kontaktsjuksköterskor arbetar utifrån den definierade rollen och utifrån de frågeområden som är definierade i vårdprogrammen*
- *Etablera en metod för att följa upp i vilken utsträckning patienter aktivt erbjuds kuratorsstöd och att de prioriterade grupperna får detta erbjudande*
- *Göra en analys av i vilken mån den befintliga kapaciteten av kontaktsjuksköterskor och kuratorer kan matcha behovet som definieras i riktlinjerna*
- *Utveckla tillsammans med patientföreningarna metoder för att följa upp patienternas upplevelser och synpunkter på det psykosociala stödet och säkerställ att den uppföljningen sker lokalt på alla sjukhus.*

Inom NU-sjukvården har under det senaste året en mängd förbättringsarbeten gjorts som inte minst omfattar vården för prostata- och bröstcancerpatienter. Båda dessa cancerformer ingår i standardiserade vårdförlopp (prostata sedan september 2015 och bröst sedan april 2016). Båda processerna har en processansvarig läkare som leder ett tvärprofessionellt team. Uppföljning sker, förutom i den ordinarie linjestrukturen, även i styrgruppsmöten två gånger per termin.

Förutsättningarna för de båda cancerformerna är dock olika. Inom bröstcancer har man under många år aktivt arbetat med att kontaktsjuksköterskan sitter med vid det initiala läkarbesöket och därefter träffar patienterna själv. Denna struktur finns inte inom prostatacancervården. Samtliga patienter erhåller dock namn och kontaktuppgifter till sina kontaktsjuksköterskor.

Samtliga patienter erhåller också erbjudande om kuratorskontakt. Lokala riktlinjer och säkerställande att prioriterade grupper erhåller ett aktivt erbjudande kan förbättras, likaså kontinuiteten på kuratorsstödet, vilket revisionsrapporten också fastslår.

I rekommendationerna ingår att göra en analys av kapacitet mot behov utifrån riktlinjerna.

Beredning

Maria Wiksten-Ericsson, verksamhetschef och Helena Berg, avdelningschef, båda kirurgkliniken. Lisa Neldehof, verksamhetschef och Heléne Fred Carlström, chefkurator, båda kliniken för administration och paramedicin.

NU-sjukvården

Marith Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Bilaga

- Handlingsplan Jämlik cancervård – psykosocialt stöd
- Revisionsrapport Jämlik cancervård – psykosocialt stöd

Beslutet skickas till

- Diariet
- Revisionsenheten, revision@vgregion.se

Handlingsplan

Jämlik cancervård

Fokus: Jämlik cancervård avseende psykosocialt stöd till patienter med bröst- eller prostatacancer

Mål: Patienter ska erbjudas ett psykosocialt stöd. Detta omfattar framför allt tillgänglighet till kontaktsjuksköterska och kurator med god kontinuitet.

VAD	HUR	ANSVARIG	NÄR	INFO	OK
Alla berörda patienter skall ha tillgång till kontaktsjuksköterska. Tillgängligheten behöver förbättras för prostatacancerpatienter.	Analys av nuläge i relation till behovet utifrån RMR Cancervårdsprocessens samt övriga relevanta riktlinjer. Ge förslag på förändrat arbetssätt för att bättre säkerställa en personlig kontakt med kontaktsjuksköterska för prostatacancerpatienter.	Processansvarig läkare, sektionsansvarig läkare, avdelningschef och verksamhetschef	2016 och fortlöpande	Redovisning till verksamhetschef samt styrgrupp.	
Säkerställa att alla kontaktsjuksköterskor arbetar utifrån de frågeområden som är definierade i vårdprogrammen	Dialog på APT och i utvecklingssamtal om kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter och roll.	Avdelningschef	2016 och fortlöpande	Redovisning till verksamhetschef	
Säkerställa att kontaktsjuksköterskor har nödvändig kunskap/utbildning.	Succesivt öka andelen kontaktsjuksköterskor som har gått riktad utbildning för kontaktsjuksköterskor. Säkra internutbildning för de som verkar som kontaktsjuksköterskor utan formell utbildning,	Avdelningschef	2016 och fortlöpande	Redovisning till verksamhetschef	
Vilka principer ska gälla för hur erbjudandet av fördjupat stöd av kurator ska ske? Utifrån vilka kriterier ska kontaktsjuksköterska bedöma detta behov?	Säkerställa att det finns en tydlig, skriftlig och väl känd information hur erbjudande om psykosocialt stöd ges generellt och vid särskilda behov. Säkerställa att informationen inkluderar de frågeställningar som	Avdelningschef i dialog med processansvarig läkare samt avdelningschef för kuratorer	2016	Redovisning till verksamhetschef kirurgkliniken samt kliniken för administration och paramedicin	

Handlingsplan

Jämlik cancervård

VAD	HUR	ANSVARIG	NÄR	INFO	OK
	kontaktsjuksköterskan ska ha i särskilt beaktande.				
Bättre dokumentation för uppföljning. Hur stor andel patienter erbjuds aktivt kuratorsstöd? Hur stor andel av patienter i de prioriterade grupperna får erbjudande om kuratorsstöd?	Ta fram förslag på sökord i Melior för erbjudande samt erhållande av kuratorsstöd samt tillskapa dessa. Använda utdata för förbättringsarbete.	Avdelningschef i dialog med processansvarig läkare samt avdelningschef kuratorer	2016 och fortlöpande	Redovisning till verksamhetschef kirurgkliniken och kliniken för administration och paramedicin samt styrgrupp	
Analys av befintlig kapacitet mot behovet av psykosocialt stöd. Gäller kuratorer samt kontaktsjuksköterskor.	Analys görs avseende nuläge kontra behov utifrån beskrivning av önskad nivå i RMR Cancervårdsprocessen. Ge förslag på internt förändrat arbetssätt för att bättre säkerställa målbilden inklusive en förbättrad kontinuitet hos kurator.	Avdelningschefer och verksamhetschefer i dialog med processansvarig läkare.	2016	Redovisning till styrgrupp.	
Utveckla tillsammans med patientföreningar metoder för att följa upp patienters upplevelser och synpunkter på det psykosociala stödet.	I processerna för bröst- respektive prostatacancer planeras för en tydligare patient- och närståendemedverkan redan. Processteamerna får i uppdrag att säkra en uppföljning även av det psykosociala stödet	Processansvarig läkare och avdelningschef	2016 och fortlöpande	Redovisning till styrgrupp.	

160410

Datum 2015-10-16
Diarienummer Rev 35-2015

Till Regionstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen
styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset
styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus,
styrelsen för NU-sjukvården,
norra hälso- och sjukvårdsnämnden,
södra hälso- och sjukvårdsnämnden,
Primärvårdsstyrelsen

Handläggare:
S. Örnst (UT) ✓
Ch. Löfdahl (UT) ✓
Kopier:
Ordf. styrelsen (MH) ✓
Sjukhusdir. (LV) ✓
Sekr. styrelsen (VA) ✓
Kam. chef. (NO) ✓

Jämlik cancervård – psykosocialt stöd

Västra Götalandsregionens revisorer har i en förstudie identifierat psykosocialt stöd som ett riskområde inom cancervården och beslutat genomföra en fördjupad granskning. Granskningen inriktar sig på regionens *styrning* mot jämlik cancervård av patienter med bröst- eller prostatacancer. Fokus i granskningen är på följsamhet till beslut, riktlinjer och vårdprogram med särskilt fokus på psykosocialt stöd till patienter. För att tydliggöra vårdkedjan har följts typpatienter för valda diagnosområden, bröstcancer och prostatacancer. En geografisk avgränsning har gjorts till området runt NU-sjukvården och runt Södra Älvsborgs sjukhus.

Syftet med granskningen är att bedöma om det ur patientperspektiv finns brister i vårdkedjan och givet psykosocialt stöd. Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer med ansvariga chefer och processledare samt med representanter för patientföreningar.

Den sammanfattande bedömningen är att frågan om psykosocialt stöd är högst närvarande inom Västra Götalandsregionens cancersjukvård. Vi bedömer också att följsamheten till riktlinjerna är hög. Intervjuer indikerar att det psykosociala stödet har utvecklats betydligt under de senaste tre, fyra åren och då framför allt vad gäller kontakt-sjuksköterskerollen. Kontaktsjuksköterskan är central i vårdprocessen liksom hens förmåga att koordinera andra rehabiliteringskompetenser utifrån patientens behov.

När det gäller regionens och hälso- och sjukvårdsstyrelsens styrning är bedömningen att nationella riktlinjer och program har översatts till regionens förhållanden och är väl kända i organisationen (bedömningen avser det psykosociala stödet). Ett flertal utvecklings-åtgärder pågår. Lokala förstärkningar av kuratorsstödet sker, förbättrad dokumentation för uppföljning och utbildningar är andra utvecklingsåtgärder.

Ansvarsroller är tydliga och den organisatoriska strukturen som är inrättad med linjechefer och processroller bedöms som ändamålsenliga. I den mån det finns brister kan dessa inte härledas till en otydlig organisation och otydlig styrning. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har betonat frågan om det psykosociala stödet och har i Regionalt cancercentrum väst en bra stödorganisation för att vidareutveckla stödet.

Datum 2015-10-16

Diarienummer Rev 35-2015

Granskning visar emellertid att *det finns brister och utvecklingsområden*. Dessa kan sammanfattas på följande vis:


- Andel patienter med cancerdiagnos som får en namngiven kontaktsjuksköterska når fortfarande inte upp till målsättningen på 95 %.
- Tillgången till kontaktsjuksköterskor är för låg för prostatacancerpatienter inom NU-sjukvården.
- Skillnader mellan sjukhusen föreligger i hur patienter blir erbjudna psykosocialt stöd. De fyra prioriterade patientgrupper som ska erbjudas kuratorstöd aktivt får inte detta erbjudande, det är främst patienter med minderåriga barn som prioriteras. De flesta patienter får dock information om hur de kan kontakta kurator vid behov av stöd.
- Tillgången till kuratorer är bristfällig inom SÄS och med dålig kontinuitet inom NU-sjukvården. Det finns enligt intervjuerna inte möjlighet att svara upp emot riktlinjer och ambitionsnivåer med nuvarande kuratorsresurs.
- Långt ifrån alla kontaktsjuksköterskor har genomgått utbildning för kontaktsjuksköterska inom cancervård. I viss mån har bröstsjuksköterskor denna kompetens sedan tidigare men en bättre täckningsgrad vad gäller utbildning är önskvärd.

Revisorerna i Västra Götalandsregionen rekommenderar Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (regionala riktlinjer och principer), styrelsen för NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden, samt styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus och södra hälso- och sjukvårdsnämnden att

- tydliggöra vilka principer som ska gälla för hur erbjudande av fördjupat stöd av exempelvis kurator ska erbjudas och utifrån vilka kriterier kontaktsjuksköterskorna ska bedöma detta behov,
- säkerställa att alla kontaktsjuksköterskor arbetar utifrån den definierade rollen och utifrån de frågeområden som är definierade i vårdprogrammen,
- etablera en metod för att följa upp i vilken utsträckning patienter aktivt erbjuds kuratorstöd och att de prioriterade grupperna får detta erbjudande. Detta kan ske på olika sätt och bör inte öka den administrativa belastningen på sjukvårdspersonalen.
- göra en analys av i vilken mån den befintliga kapaciteten av kontaktsjuksköterskor och kuratorer kan matcha behovet som definieras i riktlinjerna,
- utveckla tillsammans med patientföreningarna metoder för att följa upp patienternas upplevelser och synpunkter på det psykosociala stödet och säkerställ att den uppföljningen sker lokalt vid alla sjukhus.

Vi emotser en handlingsplan för åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas.

För revisorskollegiet


Birgitta Eriksson
Ordförande


Ulf Sjosten
Vice ordförande

Datum 2015-10-16

Diarienummer Rev 35-2015

Kopia till:

Regionfullmäktiges presidium
Samtliga politiska sekreterare
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör
Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör
Joakim Björck, ekonomidirektör
Eva Arrdal, direktör koncernstab utförarstyrning och utförarsamordning
Marina Olsson, personaldirektör
Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning
Rolf Ottosson, avdelningschef verksamhetsuppföljning ekonomi och inköp
Johan Flarup, avdelningschef koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Elisabet Ericsson, koncernavdelning ärendesamordning och kansli
Barbro Fridén, sjukhusdirektör
Thomas Wallén, sjukhusdirektör
Lars Wiklund, sjukhusdirektör
Leena Ekberg, avdelningschef koncernkontoret
Marie-Louise Gefvert, primärvårdsdirektör

2015-01-21

62:20/2016



Jämlik cancervård – psykosocialt stöd

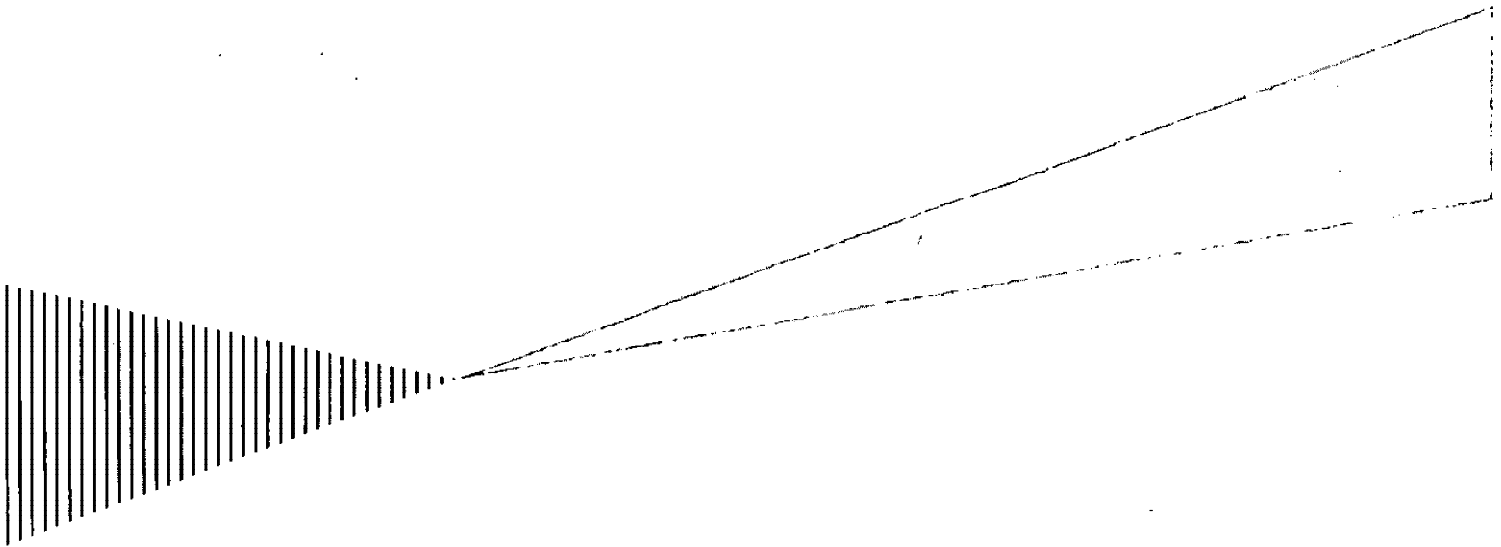
Dnr: Rev 35-2015

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 16 december 2015

Västra Götalandsregionen

Granskning av cancervården –
det psykosociala stödet



Sammanfattning	2
1 Inledning	1
Bakgrund	1
1.1 Syfte.....	1
1.2 Avgränsningar	2
1.3 Ansvarig styrelse/nämnd	2
1.4 Revisionskriterier.....	2
1.5 Metod	3
2 Styrning av cancervården med avseende på det psykosociala stödet	3
2.1 Nationell cancerstrategi.....	3
2.2 Nationella riktlinjer för cancervården	3
2.3 Regionala cancercentrum i samverkan.....	4
2.4 Regionalt cancercentrum väst.....	6
3 Det organisatoriska sammanhanget för det psykosociala stödet inom cancervården i VGR	8
4 Psykosocialt stöd inom bröstcancerprocessen.....	10
4.1 Bröstcancervården NU-sjukvården.....	10
4.2 Bröstcancervården Södra Älvsborgs sjukhus	11
4.3 Patientperspektivet.....	13
4.4 Kommentar	13
5 Psykosocialt vid prostataprocessen.....	15
5.1 Prostataprocessen vid NU-sjukvården	15
5.2 Prostataprocessen vid Södra Älvsborgs sjukhus	16
5.3 Patientperspektivet.....	17
5.4 Kommentar	18
6 Psykosocialt stöd i primärvården för bröst- och prostatacancerpatienter	18
7 Uppföljning och utvecklingsåtgärder	20
8 Slutsatser.....	22
8.1 Sammanfattande slutsatser och bedömning.....	24
Bilaga 1 Intervjuade funktioner	26
Bilaga 2 Beskrivning av behovsnivåer	27

Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västra Götalandsregionen genomfört en granskning av cancervården avseende det psykosociala stödet som ges till bröstcancer- och prostatapatienter. Granskningen bygger på dokumentstudier och intervjuer med ansvariga chefer och processledare samt med representanter för patientföreningar.

Den sammanfattande bedömningen är att frågan om psykosocialt stöd är högst närvarande inom Västra Götalandsregionens cancersjukvård. Inom prostatacancervården har utvecklingen inte hunnit lika långt som bröstcancervården eftersom behandlingsmöjligheterna utvecklats betydligt senare. I viss mån är prostatacancervården en "yngre" process än bröstcancervården. Våra intervjuer indikerar att det psykosociala stödet har utvecklats betydligt under de senaste tre, fyra åren och då framför allt vad gäller kontaktsjuksköterske- rollen. Det är just den rollen som fokuseras i alla riktlinjer och nationella översyner. Vårdprocessens kvalitet avgörs i hög grad av hur sammanhållen vården är och vilket stöd patienterna får. Det gäller patientens upplevelse och viss mån även det medicinska resultatet. Kontaktsjuksköterskan blir därför central liksom hens förmåga att koordinera andra rehabiliteringskompetenser utifrån patientens behov. I de allra flesta fall får bröstcancerpatienter inom SÄS och NU-sjukvården träffa en kontaktsjuksköterska vid det tillfälle då cancerdiagnos meddelas, vilket ska ske enligt riktlinjerna.

När det gäller regionens och Hälso- och sjukvårdsstyrelsens styrning är bedömningen att nationella riktlinjer och program har översatts till regionens förhållanden och är väl kända i organisationen (bedömningen avser det psykosociala stödet). Ett flertal utvecklingsåtgärder pågår. Ledtider kommer att kortas i samband med att standardiserade vårdförlopp implementeras vilket är positivt för patienters upplevelser och psykiska tillstånd. Lokala förstärkningar av kuratorsstödet sker, förbättrad dokumentation för uppföljning och utbildningar är andra utvecklingsåtgärder.

Ansvarsroller är tydliga och de organisatoriska arrangemang som är inrättade med linjechefer och processroller bedöms som ändamålsenliga. Det är endast vilken roll vårdcentralerna ska som är något otydligt även om vi inte identifierat några brister i relationen mellan vårdcentraler och sjukhus. I den mån det finns brister kan dessa inte härledas till en otydlig organisation och otydlig styrning. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har betonat frågan om det psykosociala stödet och har tillsammans med övriga lokala styrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder i Regionalt cancercentrum en bra stödorganisation för att vidareutveckla stödet.

Granskning visar emellertid att det finns brister och utvecklingsområden. Dessa kan sammanfattas på följande vis:

- ▶ Andelen patienter med cancerdiagnos som får en namngiven kontaktsjuksköterska när fortfarande inte upp till målsättningen på 95 %.
- ▶ Tillgången till kontaktsjuksköterskor är för låg för prostatacancerpatienter inom NU-sjukvården.
- ▶ Skillnader mellan sjukhusen föreligger i hur patienter blir erbjudna psykosocialt stöd. De fyra prioriterade patientgrupper som ska erbjudas kuratorstöd aktivt får inte detta erbjudande, det är främst patienter med minderåriga barn som prioriteras. De flesta patienter får dock information om hur de kan kontakta kurator vid behov av stöd.
- ▶ Tillgången till kuratorer är bristfällig inom SÄS och med dålig kontinuitet inom NU-sjukvården. Det finns enligt intervjuerna inte möjlighet att svara upp emot riktlinjer och ambitionsnivåer med nuvarande kuratorsresurs.

- ▶ Långt ifrån alla kontaktsjuksköterskor har genomgått utbildningen. I viss mån har bröstsjuksköterskor denna kompetens sedan tidigare men en bättre täckningsgrad vad gäller utbildning är önskvärd.
- ▶ Vårdcentralernas roll i det psykosociala stödet framstår som oklart men inte nödvändigtvis som problematiskt.
- ▶ Uppföljningen av i vilken utsträckning som patienterna för erbjudande om kuratorstöd finns inte.
- ▶ Systematisk uppföljning av hur patienterna upplever vården och det psykosociala stödet finns inte vid alla vårdgivare.

Både intervjuer med personal och patientföreträdare indikerar att det psykosociala stödet är viktigt och upplevs som betydelsefullt av patienterna varför ovanstående brister är angelägna att möta med utvecklingsåtgärder.

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus och södra hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Tydliggör vilka principer som ska gälla för hur erbjudande av fördjupat stöd av exempelvis kurator ska erbjudas och utifrån vilka kriterier kontaktsjuksköterskorna ska bedöma detta behov.
- ▶ Säkerställ att alla kontaktsjuksköterskor arbetar utifrån den definierade rollen och utifrån de frågeområden som är definierade i vårdprogrammen.
- ▶ Etablera en metod för att följa upp i vilken utsträckning patienter aktivt erbjuds kuratorstöd och att de prioriterade grupperna får detta erbjudande. Detta kan ske på olika sätt och bör inte öka den administrativa belastningen på sjukvårdspersonalen.
- ▶ Gör en analys av i vilken mån den befintliga kapaciteten av kontaktsjuksköterskor och kuratorer kan matcha behovet som definieras i riktlinjerna.
- ▶ Utveckla tillsammans med patientföreningarna metoder för att följa upp patienternas upplevelser och synpunkter på det psykosociala stödet och säkerställ att den uppföljningen sker lokalt vid alla sjukhus.

1 Inledning

Bakgrund

Cancersjukvården är en komplex och omfattande verksamhet med flera vårdgivare med olika lokalisering och styrning. Vården kräver specialiserad kunskap, individuell anpassning och tillika följsamhet till fastställda medicinska riktlinjer och vårdprogram. Bristande följsamhet till riktlinjer och långa ledtider medför ineffektivitet och sämre utfall för patienterna. Det kan både handla om stort lidande under väntan på vård och om högre dödlighet. Cancer är också i hög grad de anhörigas sjukdom.

De cancerformer som drabbar flest är bröst-, prostata- och tjock- eller ändtarmscancer. Socialstyrelsen skriver: "Varje år får cirka 8 000 personer diagnosen bröstcancer, 10 000 prostatacancer och 6 000 tjock- eller ändtarmscancer. Bröstcancer utgör 30 procent av alla cancerfall hos kvinnor, prostatacancer drygt 30 procent hos män och tjock- eller ändtarmscancer cirka 10 procent hos såväl män som kvinnor i Sverige."¹

Cancervården är inte alltid jämlik. Utvärderingar visar att det finns stora nationella och inomregionala skillnader.² Dessa skillnader kan bero av skillnader i population men också av skillnader i organisation, vårdgivarnas handlande och vårdens utförande. Att nämnder och styrelser styr mot följsamhet till vårdprogram och effektiv organisation med korta ledtider utgör grund för bästa möjliga vård och god hushållning med resurser. Västra Götalandsregionens revisorer har i en förstudie identifierat riskområden inom cancervården. Psykosocialt stöd till patienter är ett sådant och förstudien identifierade brister i vilken mån psykosocialt stöd erbjuds och att det skiljde sig mellan olika delar av regionen.

Revisorerna har valt att initiera en granskning av cancervården i flera steg och föreliggande granskning avser det psykosociala stödet.

1.1 Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om det ur patientperspektiv finns brister i vårdkedjan och givet psykosocialt stöd.

För att uppnå syftet med granskningen har följande delfrågor besvarats:

- ▶ Har styrelsen/nämnden följt och beaktat regionfullmäktiges mål och uppdrag för cancersjukvården ställt till styrelsens uppdrag i sin budget och verksamhetsplan?
- ▶ Har styrelsen/nämnden tillsett att verksamhetens organisation för psykosocialt stöd i cancersjukvården är utformad på ett sätt, där ansvar och befogenheter tydliggjorts, så att en jämlik vård kan säkerställas?
- ▶ Säkerställer styrelsen/nämnden att verksamhetschefer har en tillräcklig organisation, uppföljning och rapportering av psykosocialt stöd?
- ▶ Säkerställs psykosocialt stöd vid överlämningar mellan vårdgivare?
- ▶ Utformas det psykosociala stödet utifrån den enskilde patientens specifika behov?

¹ Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014, Socialstyrelsen, s 13.

² Öppna jämförelser 2014, Cancersjukvård - jämförelser mellan landsting, Socialstyrelsen och SKL.

1.2 Avgränsningar

Granskningen inriktas på hur styrelserna/nämnderna styr mot en jämlik cancersjukvård och säkerställt ett psykosocialt stöd till cancerpatienter. Granskningen avgränsas till vårdkedjan (vårdprocessen) för bröstcancer och prostatacancer. Geografisk avgränsning görs till Dalsland (NU-sjukvården) och Södra Älvsborg (Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås).

Med jämlik vård avses i denna granskning vård på lika villkor oberoende av geografi och vårdgivare. Med jämlik vård avses också att den skall vara på lika villkor oberoende av kön, utbildning, ålder, födelseland, socioekonomi och psykisk sjukdom. Med lika villkor avses att för patienter med samma sjukdom och vårdbehov skall det inte finnas skillnader i vård, behandling, omvårdnad och bemötande. Mer om vad som avses med jämlik vård kan läsas i exempelvis Vårdanalys rapport "En mer jämlik vård är möjlig".³

1.3 Ansvarig styrelse/nämnd

Ansvarig nämnd/styrelse är styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, norra hälso- och sjukvårdsnämnden, södra hälso- och sjukvårdsnämnden och primärvårdsstyrelsen.

1.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Revisionskriterier kan även utgöras av vedertagen praxis eller etablerad kunskap inom området.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen 6 kap 7 §
- ▶ Hälso- och sjukvårdslag 1982:763 (god vård på lika villkor, delaktighet)
- ▶ Patientlag (2014:821)
- ▶ Patientsäkerhetslag (2010:659)
- ▶ Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården SOFS 2011:9 (ansvar)
- ▶ Regionfullmäktiges mål och uppdrag i budget 2015
- ▶ Handlingsplan för införande av standardiserade vårdförlopp 2015, Dnr HS 87-2015
- ▶ Regional utvecklingsplan för cancervården i västra sjukvårdsregionen 2015 och framåt, Dnr HS-166-2015
- ▶ Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014, Socialstyrelsen
- ▶ Prostatacancer - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp, Regionala cancercentrum i samverkan
- ▶ En nationell cancerstrategi för framtiden SOU 2009:11.
- ▶ Nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering (2014)
- ▶ Regional medicinsk riktlinje för cancervårdsprocessen (2015)

³ En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Vårdanalys, Rapport 2014:7.

1.5 Metod

Granskningen är genomförd via intervjuer med nyckelpersoner som chefer, processägare/ledare och kontaktsjuksköterskor samt dokumentstudier. Dessutom har kortare samtal och mailkonversation genomförts med en rad aktörer vilket framgår av bilaga 1.

2 Styrning av cancervården med avseende på det psykosociala stödet

Cancervården i Sverige styrs på olika nivåer. På nationell nivå finns det en nationell cancerstrategi utifrån en av regeringen tillsatt utredning 2007. Det finns även nationella riktlinjer för cancervården som Socialstyrelsen utfärdat och på regional nivå har regionala cancercentrum etablerats. På landstings/regionnivå finns det handlingsplaner och på verksamhetsnivå formas den operativa vården utifrån de lokala förutsättningarna och de nationella riktlinjerna.

2.1 Nationell cancerstrategi

En nationell cancerstrategi föreslogs av utredningen "En nationell cancerstrategi för framtiden" (SOU 2009:11). Utredningen var omfattande och spände över vården och det förebyggande arbetets alla områden. Det psykosociala stödet berördes i samband med behovet av transparent information till patienterna. Kontaktsjuksköterska beskrivs som viktig i informationen till patienterna och ska "skapa tillgänglighet, kontinuitet och trygghet" (s 188). Denna ska även ha en viktig roll i att tolka och individualisera cancerinformationen och därmed öka dess användbarhet för patienter och anhöriga. I utredningen beskrivs även att "patienterna behöver också psykosocialt stöd utöver det som kan erbjudas av kontaktsjuksköterska". Vidare är ett av utredningens förslag att "utöver uppgifterna om ledtider bör även mått på hälsorelaterad livskvalitet och patientnöjdhet inkluderas i de nationella kvalitetsregistren inom cancerområdet".

Utredningen beskriver sambandet mellan den somatiska cancervårdens utvecklingstakt och behovet av psykosocialt stöd och andra rehabiliteringsinsatser. Behovet av kompetenser inom det beteendevetenskapliga fältet blir viktigare i denna utveckling. Cirka en tredjedel av patienterna uppskattas ha ett behov av någon typ av psykosocialt stöd.

2.2 Nationella riktlinjer för cancervården

Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2014 för fyra cancerformer inbegriper de två cancerformer som denna granskning avser, bröstcancer och prostatacancer. I riktlinjerna framhålls behovet av multidisciplinära konferenser och att kontaktsjuksköterskan deltar i denna vid bedömningen av olika behandlingsalternativ. "Uppföljning av en kontaktsjuksköterska, som bland annat kan ge psykosocialt stöd, har betydelse för patientens upplevelse och bearbetning av sin sjukdom och situation. Åtgärden kan dessutom minska onödigt långa väntetider." (s 7)

2.3 Regionala cancercentrum i samverkan

Utifrån cancerstrategin och de nationella riktlinjerna har en arbetsgrupp inom "Regionala cancercentrum i samverkan" tagit fram ett nationellt vårdprogram för cancerrehabilitering. Detta fastställdes i maj 2014 och lokala anpassningar ska göras vid respektive RCC. Vårdprogrammet utgår från följande definition av cancerrehabilitering:

Cancerrehabilitering syftar till att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatserna ska ge patient och närstående stöd och förutsättningar att leva ett så bra liv som möjligt. (s 21)

Denna definition inbegriper nära relaterade begrepp som *psykosocial onkologi, palliativ vård, understödjande vård och survivorship*.

Begreppet psykosocialt stöd i denna granskning avser alltså en komponent i cancerrehabiliteringen. Behovet av det psykosociala stödet ska påverka vilka insatser och vilka kompetenser som bör kopplas in. Behovet delas in i fyra nivåer; Grundläggande, särskilda, avancerade och mycket avancerade behov. Se bilaga 2.

I vårdprogrammet, liksom i alla styrdokument, betonas vikten av att vården arbetar multiprofessionellt med cancerpatienter. Teamarbetet beskrivs som en nyckel till att det psykosociala stödet kommer in i vårdprocessens tidiga skede. Som ett exempel kan nämnas att kirurgkliniken vid SU nyligen infört en dokumentationsregel som innebär att en multidisciplinär konferens inte får registreras om inte kontaktsjuksköterskan är med.

Regionala cancercentrum i samverkan har även tagit fram en broschyr som beskriver kontaktsjuksköterskans roll och uppdrag. Beskrivningen bygger på de generiska texter som finns i cancerstrategin och i andra nationella dokument. Kontaktsjuksköterskan ska ha det övergripande ansvaret för patienten och närstående under hela vårdkedjan och ska vara tillgänglig för patienterna. Roll och uppdrag beskrivs på följande vis i broschyren:

Kontaktsjuksköterskan har dessutom

- ett tydligt skriftligt uppdrag
- kunskaper som regleras av innehåll och avgränsningar i varje patientprocess
- ansvar för att en individuell skriftlig vårdplan upprättas (även om den kan upprättas av andra)
- ansvar för aktiva överlämningar till en ny kontaktsjuksköterska
- uppgiften att delta i multidisciplinära ronder/möten

Kontaktsjuksköterskan

- är tydligt namngiven för patienten
- har speciell tillgänglighet och kan hänvisa till annan kontakt när han/hon inte är tillgänglig
- informerar om kommande steg
- förmedlar kontakt med andra yrkesgrupper utifrån patientens behov
- ger stöd till patienten och närstående vid normal krisreaktion
- vägleder till psykosocialt stöd vid behov
- säkerställer patientens delaktighet och inflytande i sin vård
- bevakar aktivt ledtider

I samband med kontaktsjuksköterskans roll betonas vikten av s.k. aktiva överlämningar. Det innebär att den som har ansvaret för patienten tar kontakt, muntligt och skriftligt, med nästa instans. Om ansvaret lämnas över från en kontaktsjuksköterska till en annan ska alltså sådana kontakter tas.

Vården ska även ge rehabiliteringsinsatser för att förebygga och reducera de fysiska, psykiska, sociala och existentiella följderna av en cancersjukdom och dess behandling. Rehabiliteringsinsatser kan vara:

- ▶ Krisstöd i samband med utredning, diagnos, behandling och efter behandling
- ▶ Mobilisering och fysiska rehabiliteringsåtgärder för att återfå funktion efter kirurgi
- ▶ Insatser kan vara av social karaktär så som information om samhällets resurser
- ▶ Psykologiskt stöd och råd för att vara fysiskt aktiv i syfte att orka sina behandlingar och förebygga fatigue (trötthet)

Regionala cancercentrum i samverkan har dessutom år 2014 tagit fram ett nationellt vårdprogram för **bröstcancer**. Det psykosociala omhändertagandet och rehabiliteringen ägnas stort utrymme och bygger på en inventering av forskning inom området. Vanliga symptom i samband med cancersjukdomen beskrivs; trötthet, sömnsvårigheter, ångest, depression och kognitiva funktionsnedsättningar. Bland de icke-medicinska behandlingsmetoder som beskrivs finns fysisk aktivitet, psykologisk behandling samt dans- och rörelsebehandling. Kontaktsjuksköterskans funktion framhålls som viktig för att i samråd med patienten forma en kvalitativ vård inom det psykosociala området.

"Kontaktsjuksköterskans arbete bygger på att hon eller han betraktar patienten från ett helhetsperspektiv, det vill säga i en fysisk, psykisk, social och existentiell dimension. Psykisk sjuklighet kan identifieras tidigt, och kontaktsjuksköterskan kan stödja patienten i krisreaktionen samt vid behov hänvisa till andra vårdgivare. Tidigt psykosocialt stöd har betydelse för patienternas upplevelse av sjukdomen, för deras möjligheter att bearbeta sin kris och för att uppnå bästa behandlingsresultat. Vid diagnosen eller vid det första besöket på den cancerbehandlande kliniken är det därför av avgörande betydelse att etablera en förtroendefull relation i kontakten mellan kontaktsjuksköterska och patient" (s 202). Det finns även en checklista med förslag på vad kontaktsjuksköterskan ska ta upp med patienten (s 203).

- ▶ Förmedla hopp
- ▶ Komplettera läkarens information
- ▶ Bekräfta känslor
- ▶ Identifiera patientens sociala nätverk och sociala stöd
- ▶ Ge information om patientföreningar
- ▶ Ge praktisk information
- ▶ Ge information om den postoperativa vården
- ▶ Ge information om sjukskrivning

I motsvarande vårdprogram för **prostatacancer** beskrivs att normala krisreaktioner ska kunna handläggas av den behandlande läkaren tillsammans med kontaktsjuksköterskan. Vid mer komplicerade krisreaktioner ska hänvisning kunna ske till resursperson med särskild kompetens, t.ex. kurator eller psykolog. Kontaktsjuksköterskans uppgifter beskrivs på samma sätt som för bröstcancer med tillägget att ta initiativ till parsamtal för de patienter som har en partner samt ge rådgivning vid sexuell dysfunktion.

2.4 Regionalt cancercentrum väst

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har beslutat om en plan för införandet av standardiserade vårdförlopp. Framför allt är det en åtgärd för att säkerställa kortare ledtider och likvärdig vård. Genom finansieringen av Regionalt cancercentrum Väst (RCC Väst) har styrelsen formulerat ett uppdrag för att utveckla cancer vården regionalt utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram. I detta uppdrag till RCC Väst specificeras bland annat att vårdprocesserna ska vara sammanhållna och med fast vårdkontakt och god rehabilitering.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade i mars 2015 om "regional utvecklingsplan för cancer vården 2015 och framåt". I denna utvecklingsplan berörs det psykosociala stödet och cancerrehabiliteringen. Bland annat konstateras att det för närvarande (mars 2015) finns ca 200 kontaktsjuksköterskor inom 18 diagnoser i regionen. Målet är att 80 procent av patienterna ska ha en dokumenterad kontaktsjuksköterska och för att nå det målet krävs att fler kontaktsjuksköterskor utbildas. Det finns nu en utbildning på 30 högskolepoäng som RCC Väst arrangerar.

RCC Väst genomförde 2011-2012 en kartläggning av det psykosociala stödet till cancerpatienter. Det saknades genomgående rutiner för psykosociala insatser, brister fanns i teamarbetet och kompetenser tillvaratogs inte enligt kartläggningen. Kartläggningen identifierade en avsaknad av rutiner för följande områden:

- ▶ Hur insatser erbjuds till patienter och närstående
- ▶ När dessa insatser erbjuds
- ▶ Till vem insatserna erbjuds

- ▶ Vilka insatser som ska erbjudas
- ▶ Skillnader mellan ineliggande patienter och polikliniska patienter

Dessutom visade kartläggningen stora skillnader när det gäller i vilket skede och i vilken utsträckning kuratorer blir involverade i processen, det fanns exempel där kuratorer träffar samtliga patienter. Urologpatienter lyftes av flera aktörer fram som en eftersatt patientgrupp. En rad förbättringsåtgärder föreslås i rapporten "Utveckling av psykosocialt stöd och cancerrehabilitering" från 2013. Av de åtgärder som är vidtagna utifrån utredningen nämns:

- ▶ Regionsgemensamma lärande nätverk för kuratorer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och dietister
- ▶ Projekt kring "barn som anhöriga i cancervården"
- ▶ Regional bearbetning av det nationella vårdprogram för rehabilitering som togs fram 2014 som bland annat resulterade i Regionalt medicinsk riktlinje

Enligt intervjuad utvecklingsledare vid RCC Väst är det framför allt kuratorer som är den relevanta kompetensen för cancerpatienter eftersom de arbetar utifrån ett salutogent perspektiv vilket innebär att de har fokus på det friska och möjligheterna att kunna fungera i vardagen trots sjukdomen. De verksamma kuratorerna anser enligt utvecklingsledaren att det med nuvarande resurs inom specialistsjukvården inte är möjligt att träffa samtliga patienter för individuell bedömning och det kommer troligen att uppstå undanträngning av andra patienter för att uppfylla kraven i den nya regionala medicinska riktlinjen (se nedan). I samband med införandet av denna åskades resurser för att kunna uppfylla de riktade kuratorsinsatser som finns angivna där, men detta avsågs.

RCC Väst har även bildat ett patient- och närståendeperspektivråd som ska bidra i utvecklingsarbetet för cancervården. Rådet arbetar särskilt med områdena bemötande/kommunikation, psykosocialt stöd, rehabilitering, Min vårdplan och helhetsansvar.

För närvarande går det inte att följa upp i vilken utsträckning som kuratorstöd erbjuds men det pågår aktiviteter för att eventuellt kunna registrera detta i kvalitetsregistret INCA.

Hälso- och sjukvårdsdirektören har 2015 fastställt en regional medicinsk riktlinje för cancervårdsprocessen, "Cancervårdsprocessen". Riktlinjen är utarbetad av RCC Väst och är en generell riktlinje för all cancervård. Riktlinjen betonar vikten av dialog och delaktighet för att patienten så långt det är möjligt ska kunna medverka i de ställningstaganden som sammanfattas i vårdplanen. Kontaktsjuksköterskans roll preciseras och utöver beskrivningen ovan anges att patient/närstående ska kunna nå kontaktsjuksköterskan vid minst 2 angivna telefontider per vecka samt information om hur kontakt kan tas i akuta situationer.

Det finns i riktlinjerna även angivet hur hälsovårdsråd ska ges och hur cancerrehabiliteringen ska planeras och baseras på Nationellt vårdprogram för rehabilitering 2014". Bland annat anges att fyra patientgrupper aktivt ska erbjudas kontakt med kurator.

- ▶ Patienter som har eller bor tillsammans med barn under 18 år
- ▶ Patienter som inte är i förvärvsarbete och inte uppbär pension
- ▶ Patienter som efter brytpunktssamtal aktualiseras för palliativ vård
- ▶ Patienter som enligt cancervårdsteamet behöver kuratorskontakt

"Med aktivt erbjudande menas att patienten rutinemässigt ska få tid till kurator. Om patienten tackar nej genom att utebli eller avbeställa ska detta respekteras. När patientens pågående onkologiska behandling (till exempel operations-, strål- eller cellgiftsbehandling) givits ineliggande eller polikliniskt på sjukhus är avslutad, bör cancerrehabiliteringen fortsätta i primärvården (Närsjukvård/Vårdval Rehab/vårdcentral mm) – även i de fall viss ytterligare uppföljning inom specialistsjukvården är planerad. Aktiv överlämning genom till exempel remiss, telefonsamråd eller vårdplanering ska göras av kontaktsjuksköterska, läkare eller respektive rehabiliteringsprofession till mottagande kollega i primärvården." (s 5)

3 Det organisatoriska sammanhanget för det psykosociala stödet inom cancervården i VGR

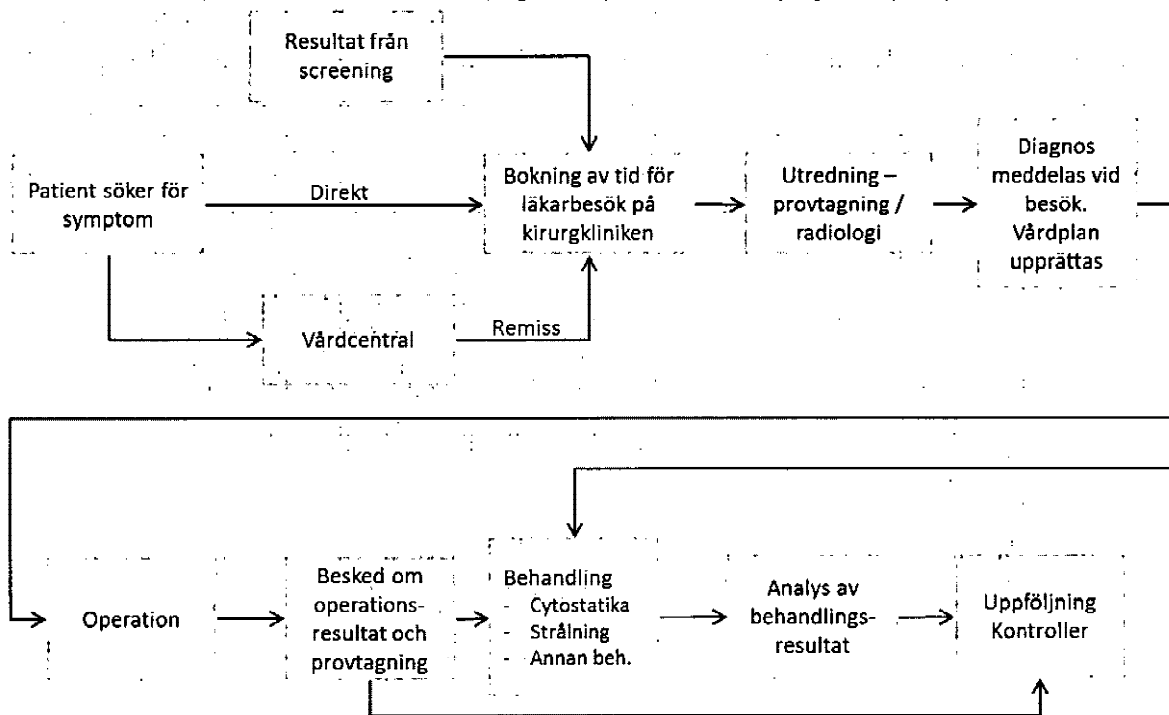
För båda vårdprocesserna är det huvudsakligen tre organisatoriska enheter som är involverade i vården; vårdcentraler, kirurgkliniker och onkologkliniker. Det kan delvis se olika ut i regionens olika hälso- och sjukvårdsområden. Både prostatapatienter och bröstcancerpatienter behandlas vid kirurgkliniken både vid SÅS och vid NU-sjukvården. Vid klinikerna finns det en urologmottagning och en bröstmottagning. Strålbehandling av patienter från NU och SÅS bedrivs av SU men vissa av SU:s strålningsapparater finns i Borås varför patienter från SÅS strålas där medan patienter från NU-sjukvården strålas i Göteborg.

Vid varje sjukhus/hälso- och sjukvårdsområde finns det en lokal processledare för respektive vårdprocess med ett uppdrag att samordna och utveckla vården för respektive patientgrupp. Som en sammanhållande och samordnande funktion för hela regionen finns det en regional processägare för bröst- respektive prostatacancervården. Dessutom finns det en processägare för den onkologiska vården. Processägarna genomför varje år dialogmöten/turné till respektive sjukhus för att följa upp utvecklingen och beskriva nuläget.

I det ovan beskrivna organisatoriska sammanhanget kan vårdprocessen beskrivas i nedanstående generella flöde. Det finns olikheter vid de olika sjukhusen och sjukvårdsområdena och det psykosociala stödet ges på olika sätt och i olika skeden vilket beskrivs i de två kommande avsnitten.

Vid båda granskade sjukhus finns speciella bröstmottagningar som är specialiserade på just bröstcancerpatienter. Motsvarande specialiserade mottagningar finns ännu inte för prostatacancerpatienter vilket framför allt beror på att bröstcancervården har en längre historia med kurativ behandling.

Bilden nedan ger en förenklad bild av de mest centrala momenten i vårdförloppet.



4 Psykosocialt stöd inom bröstcancerprocessen

I detta avsnitt beskrivs hur det psykosociala stödet fungerar utifrån den beskrivna processen på föregående sida. Därefter följer en redogörelse för vad som framkom i intervjuerna med patientföreningarna samt våra kommentarer.

4.1 Bröstcancervården NU-sjukvården

Patienterna kommer till Bröstmottagningen inom kirurgkliniken i Uddevalla. Mottagningen som funnits i gemensamma lokaler i Uddevalla sedan 2008; genomför cirka 2000 nybesök per år och cirka 250 får en cancerdiagnos. De allra flesta kommer på egenremiss varav cirka hälften av patienterna har blivit hänvisade av vårdcentralen. Tillgängligheten vid mottagningen i september 2015 var låg, delvis som en effekt av sommarens minskade produktion. Väntetiderna befarades dock bli långa även senare. Detta påverkar patienternas oro och många ringer därför till mottagningen, framför allt med frågor om när de kan få en tid för utredningsbesök. Några patienter väljer därför att söka sig till Göteborg, Borås eller Skövde istället.

När utredningsbesöket äger rum görs ultraljudsundersökning och mammografi och ett cellprov tas. Svar på cellprovet erhålls inom två timmar. Visar dessa prover på indikation om cancer får patienten information om att det är cirka 10 % av proverna som har en malignitet, d.v.s. cancertumör. Om det uppstår ett behov av ett vävnadsprov tar det 7 dagar att få svar.

Den definitiva diagnosen meddelas vid detta besök eller senare beroende på vilka prover som behöver tas. När patienten får diagnosbeskedet deltar kontaktsjuksköterska. Efter läkarbesöket genomför kontaktsjuksköterskan ett samtal där bland annat information om behandling, operationstid och den Rosa boken delas ut. Det är en handledning för patienten med råd, kontaktuppgifter till kontaktsjuksköterska, läkare och kurator samt vårdplan. Här finns också information om psykiska reaktioner och vikten av att vara i rörelse. Det friska betonas i boken och det är ett budskap som förmedlas av kontaktsjuksköterskorna.

Dessutom samtalar kontaktsjuksköterskan med patienten för att läsa av patientens psykiska och sociala situation och berättar om vilken roll kontaktsjuksköterskan har. Bedömer kontaktsjuksköterskan att det finns behov av kuratorstöd förmedlas en sådan kontakt vid detta tillfälle eller vid senare kontakter. Tillgängligheten till kuratorstödet uppges vara begränsad vid bröstmottagningen, bland annat beroende på en ganska stor omsättning på kuratorer vilket påverkar koordinering och kontinuitet negativt. Enligt intervjuad kontaktsjuksköterska är det inte någon stor andel av patienterna som får eller tar kontakt med kurator. Den allmänna rekommendationen är att leva livet som vanligt fram till operationen. Ett fåtal patienter sjukskrivs.

Det finns inga mallar eller rutinbeskrivningar som används som stöd för dessa samtal.

Operationen genomförs inom 21 dagar och utförs oftast dagkirurgiskt och läkaren träffar patienten efter operationen för att meddela resultatet. Cirka tre veckor efter operationen ges definitivt besked om hur allvarlig tumören är och vilka övriga behandlingar som behöver göras. Det vanligaste är hormonbehandling men både cytostatikabehandling och strålning är vanligt. Besöket föregås i flera fall av en multidisciplinär konferens bestående av opererande läkare, kontaktsjuksköterska, onkolog, patolog och röntgenläkare.

Enligt intervjuerna är patienterna inte så oroliga inför operationen eftersom det är fokus just på själva operationen. Oron är desto större efter operationen då man väntar på besked om hur elakartad tumören är.

De patienter som behandlas med cytostatika och/eller strålning får en specifik kontaktsjuksköterska från onkologen under denna tid. Om strålning blir aktuell sker den

behandlingen vid SU i Göteborg men kontaktsjuksköterskan behåller rollen som sammanhållande länk. Kontaktsjuksköterskan vid onkologen erbjuder kuratorstöd under behandlingsperioden och enligt intervjuade tackar cirka hälften av patienterna ja till det.

Kontaktsjuksköterskan har ett samtal med patienten både före och efter operationen. Dessutom tar kontaktsjuksköterskan kontakt med patienten en gång per år i fem år. Om önskemål finns kan ett besök hos kontaktsjuksköterskan göras då.

Vid bröstmottagningen får patienten en namngiven kontaktsjuksköterska men när det gäller telefontillgänglighet arbetar man utifrån en teamprincip. Det innebär att patienterna alltid kan få kontakt med någon av kontaktsjuksköterskorna på telefon men inte alltid den tilldelade.

Det finns sex kontaktsjuksköterskor vid kirurgkliniken. En av dessa har deltagit i den specifika utbildning som RCC arrangerar. De övriga har enligt mottagningschefen i praktiken arbetat i den rollen sedan många år. Vid nyanställningar kommer dessa att erbjudas utbildningen.

4.2 Bröstcancervården Södra Älvsborgs sjukhus

På sjukhuset opereras årligen cirka 300 kvinnor varav cirka 250 har en konstaterad cancer.

Behandlingen av kvinnor med bröstcancer följer det förlopp som beskrivits i "Cancervårdsprocessen" enligt intervjuade, och de är väl förtrogna med det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering som de till stora delar följer. Bröstprocessen som har tillämpats i flera år är väl inarbetad. Det standardiserade vårdförloppet som ska implementeras nästa år bedöms innebära smärre förändringar. I arbetet med bröstprocessen har det varit regelbundna möten med olika professioner för att följa upp arbetet samt även möten med patientföreningar.

Patienterna kommer till bröstmottagningen efter; remiss från vårdcentral, egenremiss d.v.s. kvinnan har ringt själv och bokat tid efter att ha upptäckt förändringar i bröst eller remiss från mammografien. Det senare är vanligast.

En sjuksköterska bemannar bröstmottagningen, som är en del av onkologmottagningen. Denne ringer in patienter och är med på de multidisciplinära konferenserna där alla patienter behandlas. Vid dessa deltar röntgenläkare, patolog, kirurg samt onkolog.

Varje fredag kallas kvinnor för undersökning kommande tisdag. De undersöks av en kirurg eller onkolog, genomgår mammografi och ultraljud och det görs en biopsi. Samma eftermiddag behandlas undersökningsresultaten vid en multidisciplinär konferens. I de fall det konstateras cancer kallas patienten till ett återbesök samma dag. Då träffar patienten en onkolog och en sköterska som blir dennes kontaktsjuksköterska. I de fall undersökningarna visat att det inte är cancer ringer en sjuksköterska samma dag och lämnar besked om undersökningarnas resultat.

När patienten på tisdagen får besked om cancer erbjuds patienten möjlighet att träffa kurator på onsdagen. För kvinnor med minderåriga barn kopplas alltid kurator in.

På torsdagen kommer patienten tillbaka på besök för operationsplanering och träffar då kirurg samt kontaktsjuksköterska. Till detta besök uppmanas kvinnan att ha med en närstående. Det är mycket information som ges varför det är bra om patienten kan dela denna med en närstående. Vid besöket uppmanas patienten att kontakta sköterskan om hon har följdfrågor eller behöver få samma information igen. Anhöriga välkomnas också att ringa. Vid besöket får patienten den Rosa boken med information om behandlingar m.m. Sedan en kort tid tillbaka uppmanas patienten att använda Rosa boken till noteringar löpande under

behandlingsperioden. Om patienten önskar finns möjlighet att komma tillbaka redan på fredagen för att prata med kontaktsjuksköterskan.

De kvinnor som ska få annan behandling innan operation träffar onkolog på torsdagen. I övrigt är det samma upplägg för de som kommer för operationsplanering.

Väntetiderna för operation ligger mellan fyra och sex veckor beroende på om semesterperiod eller långhelger infaller. De flesta har inte kontakt med bröstmottagningen under denna tid.

Efter operationen övernattar patienten på patienthotell. Innan hemfärd träffar patienten kirurgen och kontaktsjuksköterskan. Då ges bl.a. information om sjukgymnastik och patienten har möjlighet att få instruktion till träningsprogram av en sjukgymnast samt delta i gruppträning. En vecka efter operationen träffar patienten en sjuksköterska för sårömläggning. Vid detta tillfälle finns möjlighet för patienten att prata om frågor som upplevs angelägna. Ytterligare samtal bokas in om patienten så önskar.

När tumören analyserats behandlas resultatet på en multidisciplinär konferens och beslut fattas om den fortsatta behandlingen. Patienter får information om detta vid återbesök efter tre veckor och träffar då kirurg och kontaktsjuksköterska. Inom en vecka träffar patienten den onkolog som är ansvarig för den fortsatta behandlingen. Om patienten får cytostatikabehandling får denne en behandlande sköterska som inte är densamma som kontaktsjuksköterskan. Dessa patienter har dock kvar sin kontaktsjuksköterska och kan ringa denne om de har behov av stöd men de kan också vända sig till den behandlande sköterskan.

Det är för närvarande väntetider till strålbehandling men denna påbörjas inom två månader.

Vid onkologmottagningen arbetar fem kontaktsjuksköterskor. Här finns telefonmottagningen som är öppen varje dag och den bemannas genom ett rullande schema. Hit kan kvinnor ringa för att ställa frågor om knutor i bröstet, remisser, receptförnyelse etc. Det är en sjuksköterska som svarar och när många ringer ställs samtalen i kö. Det finns möjlighet att välja att bli uppringd istället för att vänta. De som inte kommit fram under telefonrådgivningens öppettid blir uppringda senare samma dag.

Tre månader efter avslutade behandlingar kallas kvinnan till ett uppföljande besök hos onkolog och ibland är kontaktsjuksköterskan med vid dessa möten. Efter ett år kommer patienten på återbesök och träffar då onkolog samt kontaktsköterskan. Inför besöket har mammografi och ultraljudsundersökning genomförts. Patienter uppmanas att ta med Rosa boken där det finns dokumentation om behandlingar m.m. Vid besöket görs en uppföljning av hur patienten mår men även av hur denne ser på behandlingsperioden. Patienter får också instruktioner om hur egenundersökning av bröstet kan göras och uppmanas att undersöka sig själv regelbundet. En behandlingsplan upprättas och för de kvinnor där det är aktuellt med bröstrekonstruktion inleds planeringen vid denna tidpunkt. Efter fem år avslutas behandlingen och undersökningarna av de flesta patienterna och de återgår till ordinarie screening program och hälsokontroller som gäller för alla kvinnor.

Bröstmottagningen har ett nära samarbete med sjukhusets rehabiliterande verksamhet. Här har sjukgymnasterna sin organisatoriska hemvist och här finns också dietister och kuratorer. Alla patienter uppmanas att vara rörliga inför behandling och under hela behandlingsperioden. De rekommendationer som ges från kontaktsjuksköterskan anpassas till varje patient utifrån dennes livsstil. Patienterna har möjlighet att delta i olika aktiviteter såsom mindfulness, massage, yoga etc. Utbudet av aktiviteter är stort. Efter avslutad behandling har patienterna möjlighet att delta i rehabilitering under ett par veckor. Regionen har bl.a. avtal med Mösseberg.

Var fjärde månad genomförs en patientenkät. Svarsfrekvensen uppges vara hög. Resultatet från undersökningen rapporteras till sjukhusledningen och används i utvecklingsarbetet.

En annan parameter som följs upp och rapporteras är antalet lymfkörtlar som tagits ut i samband med bröstoperation för att analysera en eventuell spridning av cancerceller. Av intervjuerna framgår att Södra Älvsborgs Sjukhus har ett lägre utfall på denna parameter i jämförelse med andra sjukhus. Orsaken är att det görs en noggrann undersökning med ultraljud där lymfkörtlar med metastaser kan identifieras. Där så sker görs en så kallad axillutrymning direkt vid operationen varvid momentet med att operera portvaktskörteln utgår.

Detta innebär att patienten inte behöver genomgå en ytterligare operation vilket är fallet när analysen av portvaktskörteln visar att det finns en spridning. Utöver att patienten bara behöver genomgå en operation minskar risken för ytterligare spridning när patienten inte behöver vänta på ännu ett operationstillfälle vilket kan ske tidigast en månad efter den första operationen. Utifrån ett psykosocialt perspektiv minskar detta arbetssätt anspänning och oro hos patienterna.

4.3 Patientperspektivet

Den intervjuade representanten för bröstcancerföreningen Viola Borås har främst överblick över förhållandena inom södra hälso- och sjukvårdsnämndens geografiska område men sitter även i patient- och närstående perspektivrådet inom RCC Väst, beskriver att de patienter som får en cancerdiagnos upplever en påtaglig trygghetsförlust som även drabbar de anhöriga. När det gäller kontaktsjuksköterskornas roll beskriver den intervjuade att dessa är kompetenta även om långt ifrån alla genomgått den utbildning som RCC Väst arrangerar. De flesta är rutinerade bröstsjuksköterskor och dessa har arbetat på ett liknande sätt redan långt innan kontaktsjuksköterskerollen preciserades i nationella vårdplanen. Upplevelsen är att kontaktsjuksköterskorna är pressade av hög arbetsbelastning och har svårt att hinna med alla patienter.

När det gäller kontinuiteten för kontaktsjuksköterskor är föreningens intryck att den är tillfredsställande och övergången från kirurgklinik till onkologisk klinik fungerar tillfredsställande men att det är beroende av att det sker en aktiv överlämning som riktlinjerna föreskriver.

Som beskrivits tidigare stipulerar den regionala medicinska riktlinjen att fyra prioriterade patientgrupper aktivt ska erbjudas personligt besök hos kurator. På grund av begränsad tillgång till kuratorstöd inom SÄS ges inte detta erbjudande utan kuratorn ringer upp patienterna enligt intervjupersonen. För de patienter som får diagnosen kronisk cancer och därför genomför ganska frekventa kontroller under lång tid är behovet stort av kuratorstöd, inte minst vad beträffar samhällsinformation. Den intervjuade beskriver att bristen på kuratorkapacitet för denna patientgrupp är än mer påfallande inom regionen.

Den rosa boken, som är ett informationsmaterial till patienterna, har tidigare inte delats ut inom SÄS på grund av att det funnits information som inte stämt med förhållande inom SÄS.

4.4 Kommentar

Vid båda mottagningar är ledtiderna korta för de initiala provtagningarna vilket gör att flertalet patienter får diagnosbesked i tidigt stadium, lite beroende på vilka prover som ska tas. Detta är fördelaktigt ur många perspektiv, inte minst när det gäller patientens oro och psykosociala tillstånd.

Kontaktsjuksköterskan är med på den multidisciplinära konferensen när sådan sker samt vid det besök då diagnos meddelas och träffar patienten, vilket är i enlighet med riktlinjerna. Därefter har kontaktsjuksköterskan kontakt med patienten under hela vårdförloppet med undantag för den period då eventuell strålbehandling sker. Då övergår kontaktsjuksköterskerollen till en annan.

Vid båda sjukhusen finns det möjlighet att nå kontaktsjuksköterskor via telefon, inte bara vid två telefontider som cancervårdsplanen stipulerar, utan under hela veckan. Det är dock inte säkert att man får kontakt med just sin egen kontaktsjuksköterska utan en i teamet. God tillgänglighet för frågor som uppstår hos patienterna viktigt och att säkra denna tillgång till teamet bedöms som viktigt.

Vid SAS är strävan att alla patienter ska få tid till kurator regelmässigt dagen efter diagnosbesöket och patienter med minderåriga barn kopplas alltid kurator in. Intervjun med representanten för patientföreningen indikerar dock att kurator inte kopplas in i den omfattning och på det sätt som riktlinjerna föreskriver. Detta på grund av begränsningar i kuratorskapaciteten.

Vid NU-sjukvården erbjuds patienterna besök hos kurator eller annan rehabiliteringsresurs om behovet uppstår vid de samtal som kontaktsjuksköterskan har med patienten. Kurator erbjuds inte regelmässigt och aktivt till de fyra patientkategorierna som anges i "Cancervårdsprocessen". Tillgången till kuratorer är inte tillfredsställande vid något av de två granskade sjukhusen. Under den onkologiska behandlingen sker överlämning till onkologens kontaktsjuksköterska och i samband med behandlingen erbjuds även kuratorstöd.

Den aktiva överlämning av rehabiliteringen till primärvården som enligt Cancervårdsplanen ska ske efter avslutad behandling sker inte vid något av de granskade sjukvårdsområdena. Se vidare avsnitt 6.

5 Psykosocialt vid prostataprocessen

I detta avsnitt beskrivs hur det psykosociala stödet fungerar utifrån den beskrivna processen på sidan 8. Därefter följer en redogörelse för vad som framkom i intervjuerna med patientföreningarna samt våra kommentarer.

5.1 Prostataprocessen vid NU-sjukvården

Nybesöken hos specialist sker vid urologkliniken i Uddevalla. Cirka en tredjedel av nybesöken resulterar i en cancerdiagnos. Den övervägande delen av patienterna kommer till urologkliniken i Uddevalla via remiss från vårdcentraler. Remisskvaliteten uppges vara överlag god med undantag för de fall då hyrläkare skriver remisser, enligt intervjuerna. Vid nybesöket på urologkliniken tas ett cellprov och patienterna får en tid för nästa besök då provtagningsresultatet meddelas. Det tar för närvarande 10 – 15 dagar att få svar på cellproverna men de ledtiderna ska kortas vid införandet av det standardiserade vårdförloppet. Patienterna är oroliga under tiden fram till att diagnosen meddelas men utöver ett telefonnummer till sjuksköterskor ges inget stöd. Däremot kan patienten ringa till kontaktsjuksköterskorna om de känner behov.

Om provet visar att ingen cancer föreligger meddelas patienten per brev och tiden avbokas. Vid cancerdiagnos träffar patienten läkare och kontaktsjuksköterska tillsammans. När läkaren avviker fortsätter kontaktsjuksköterskan samtalet och informerar om behandlingar. Kontaktsjuksköterskans uppgift är också att bedöma vilket behov patienterna har av fördjupat stöd av kurator. Strävan är att även patientens livspartner ska vara med vid besöket. Enligt intervjuerna är det ganska få som efterfrågar kuratorstöd. Ingen speciell prioritering sker av de fyra grupper som beskrivs i den regionala cancervårdsprocessen vad avser kuratorstöd men en namngiven kurator anges i den skriftliga informationen som patienten får med sig hem. Kontaktsjuksköterskan ska även förmedla kontakter till andra kompetenser om behovet föreligger. Det kan vara sexolog, lymfödemterapeut, palliativ enhet m.fl.

Kontaktsjuksköterskan ansvarar för att "Min vårdplan" upprättas. I denna ska även en rehabiliteringsplan upprättas.

Enligt intervjuad kontaktsjuksköterska är belastningen stor på kontaktsjuksköterskorna vilket bland annat innebär att de inte alltid hinner ringa upp patienter som sökt kontakt via telefon. De patienter som befinner sig i en vårdprocess har därför inte tillfredsställande tillgänglighet till kontaktsjuksköterskor när behov uppstår. Inte sällan får de ringa patienten dagen efter att denne kontaktat dem. Det finns ett riktvärde om att en kontaktsjuksköterska ska ansvara för cirka 300 patienter men för närvarande är det två heltidstjänster som sköter 1400 patienter. Det finns enligt intervjuad kontaktsjuksköterska outnyttjade möjligheter att frigöra tid för kontaktsjuksköterskorna genom effektivare administration, exempelvis bokningar, kallelser m.m.

Patienternas oro ser olika ut i de olika faserna enligt de intervjuade. Mellan diagnosbesöket och operationen, om en sådan är aktuell, är patientens fokus ofta på själva operationen och själva ingreppet. Efter operationen är det psykologiska tillståndet präglad av en oro i väntan på besked om hur operationen gått och vad som väntar framgent. Svar på detta tar ofta 2-3 veckor och den perioden upplevs ofta som pressande. Efter att den standardiserade vårdplanen nu har implementerats får den väntetiden inte överstiga 11 dagar och det beskrivs som en utmaning att kunna hålla de svarstiderna. Förändringen är främst en utmaning för patologen.

Enligt processledare vid NU-sjukvården kan en annan effekt av att det standardiserade vårdförloppet införs bli att patienter som inte lider av cancer får sämre tillgänglighet.

Om patienten behandlas av onkologen tar en kontaktsjuksköterska vid onkologen över rollen under denna behandlingsperiod men urologens kontaktsjuksköterska behåller det övergripande ansvaret. Onkologen strävar efter att patienterna ska träffa samma sjuksköterska under behandlingstiden. Skälet till att onkologen har egna kontaktsjuksköterskor är att patienterna besöker onkologens personal ofta under en längre period. Läkarbesök hos uroonkolog och strålning sker vid SU. Cytostatikabehandling sker i Uddevalla.

Efter behandlingen görs årsvisa kontroller i fem år och tidigare har vårdcentralerna svarat för dessa kontroller men efter ett regionalt beslut kommer femårskontrollerna i fortsättningen ske av specialistklinikerna. Om patienten har en kronisk cancerdiagnos görs kontroller oftare. Det är sjuksköterskorna som genomför de allra flesta kontrollerna men i och med kapacitetsbristen gör även läkare sådana kontroller.

Erbjudande av stöd på rehabiliteringshem ges inte regelmässigt. Behovet identifieras av kurator men kräver ett läkarbeslut i form av remiss. Västra Götaland har begränsad tillgång till platser vid rehabiliteringshem.

Det finns inte regelmässigt någon manual eller checklista som används av kontaktsjuksköterskorna för att säkerställa att alla moment som ska ingå enligt rollbeskrivningen för kontaktsjuksköterskorna.

Kliniken genomför inga egna enkäter eller andra moment för att fånga patienternas synpunkter på och upplevelser av vården.

5.2 Prostataprocessen vid Södra Älvsborgs sjukhus

Från den 1 september 2015 tillämpas det standardiserade vårdförloppet. Enligt verksamhetschefen på kirurgkliniken skiljer det sig inte särskilt mycket från tidigare arbetssätt men en väsentlig skillnad är att det nu får ta max en vecka att få svar från patologen mot tidigare fyra till sex veckor. För att kunna svara mot denna förändring har fler patologer rekryterats. Med det standardiserade vårdförloppet kommer också ledtiderna att kunna kortas en del generellt, enligt intervjuade. Utbildning av vårdförloppscoordinatorer sker under hösten med start i slutet av augusti. De intervjuade betonar vikten av att alla som har behov verkligen deltar i denna utbildning.

Alla patienter har enligt de intervjuade en kontaktsjuksköterska. I de flesta fall är kontaktsjuksköterskan med vid besöket på mottagningen då besked om PAD-prov och cancerdiagnos lämnas av läkare. Om inte kontaktsjuksköterskan är med får patienten information i efterhand om vilken kontaktsjuksköterska som denne kan vända sig till. Kontaktsjuksköterskan har en egen stund med patienten när läkaren lämnat besked och givit information fortsatt behandling. Syftet är att ge patienten tid så att beskedet börjar sjunka in och möjlighet att ställa frågor. Vid detta tillfälle bedömer kontaktsjuksköterskan om denne aktivt ska rekommendera kontakt med kurator. Alla prostatapatienter får telefonnummer till kurator och liksom de bröstcancerpatienter som har minderåriga barn får alla i den situationen aktivt möjlighet till en kuratorskontakt genom att kuratorn ringer upp patienten. Verksamhetschefen anser att fler cancerpatienter, inte bara de som har prostatacancer, bör uppmuntras och remitteras till kurator.

Vid besöket får patienten skriftlig information om fortsatt behandling, kontaktuppgifter till sköterskan, m.m. Patienten uppmanas att träna bäckenbotten och får information om hur

detta kan ske. Kontaktsjuksköterskan kontakter patienten några dagar efter cancerbeskedet för att följa upp hur patienten mår.

Väntetiden för operation är fyra till sex veckor och ibland ännu längre om det är sommarsemester. Efter operationen träffar patienten en uroterapeut samt sjukgymnast som ger ett program för bäckenbottenträning. Patienten får också viss kostinformation då det är viktigt att undvika förstoppning.

Patienten kommer på återbesök tre månader efter operationen och därefter halvårsvis under två år och därefter årligen i tre år. Kontaktsköterskan är med vid det första återbesöket och ibland även vid de senare. Efter fem år remitteras patienten till primärvården för eventuell fortsatt kontakt. Det sker ingen regelbunden uppföljning av alla patienter efter fem år.

Många, men inte alla patienter med prostatacancer, behandlas vid multidisciplinära konferenser. De som inte behandlas i detta forum är de som inte ska ha en aktiv behandling.

Motsvarande patientenkät som genomförs för bröstcancerpatienter sker med samma frekvens för prostatapatienter. I arbetet inför det standardiserade vårdförloppet intervjuades patienter av processägaren. Målet är att 80 procent ska vara nöjda och det uppges att målet alltid uppnås. Urologmottagningen gör också egna patientenkäter några gånger per år. Cirka 20 patienter som behandlas av olika läkare väljs ut slumpvis. De brister som framkommer i enkätundersökningarna anses värdefull information för att utveckla vården.

Ett område där det framgår av intervjuerna att kvaliteten kan skifta är det svåra samtal som läkare har med patienter och anhöriga när det står klart att det är palliativ vård som återstår. Det gäller också efterlevandesamtalen. Läkarna hanterar dessa samtal på olika sätt.

5.3 Patientperspektivet

Den intervjuade är styrelsemedlem i den regionala patientföreningen och kontaktman gentemot sjukvården. Intervjupersonen har lokalt främst överblick över NU-sjukvården, i Borås finns det ingen lokal patientförening. Synpunkter och erfarenheter av det psykosociala stödet bygger på egna upplevelser och på de kontakter som den intervjuade har med medlemmar i patientföreningen. Den intervjuade beskriver en avsevärd förbättring det senaste året vad avser kontaktsjuksköterskerollen. Nu finns det en namngiven kontaktsjuksköterska som patienten får kontakt med vid diagnosbesöket.

Från patientföreningens sida betonas vikten av att det sker en aktiv överlämning mellan kirurgkliniken och onkologen för att det ska fungera. Huruvida detta sker är oklart men föreningen har inga indikationer på att det inte sker aktiva överlämningar.

Föreningen anser att alla patienter borde aktivt erbjudas kuratorstöd i ett tidigt skede, inte bara de prioriterade grupperna. Så är inte fallet för närvarande. Ett skäl till behovet av psykosocialt stöd i olika former är att prostatapatienter ofta ställs inför frågor om vilka behandlingar som ska ges, vilka konsekvenser dessa får och vilka rättigheter patienten har. Det är en beslutsprocess som upplevs som svår och ångestskapande av patienterna vilket gör att behovet av samtalsstöd kan vara stort. Det är därför angeläget att läkare och sköterskor i detta ofta avgörande skede inför patientens val ger en komplett information om hans rätt till psykosocialt stöd och inte minst ger tillräcklig tid för att ställa frågor om bl. a. biverkningar och konsekvenser.

5.4 Kommentarer

Kontaktsjuksköterskor utses både vid kirurgkliniken vid SÄS och urologkliniken vid NU-sjukvården. Situationen för kontaktsjuksköterskor är dock ansträngd vid NU-sjukvården vilket gör att de inte kan vara tillgängliga i den utsträckning som är önskvärt.

Kontaktsjuksköterskorna är med vid de multidisciplinära konferenserna och vid diagnosbesöket, vilket är i enlighet med riktlinjerna. Kontaktsjuksköterskorna har kontakt med patienterna under hela vårdförloppet med undantag för de perioder då patienterna får onkologisk behandling, då överlämning sker till onkologen.

Vis SÄS erbjuds alla patienter kontakt med kurator men av de fyra prioriterade grupperna i Cancervårdsprocessen är det bara patienter med minderåriga barn som aktivt erbjuds kuratorstöd.

Det finns en tydlighet i att det ska ske aktiva överlämningar mellan kirurgklinikerna och onkologen men granskningen kan inte verifiera att det sker en muntlig kontakt mellan sjuksköterskorna i de båda klinikerna. Det som registreras i journalen är om det skett en multidisciplinär konferens (MDK) eller ej. Huruvida kontaktsjuksköterskan deltagit i denna har inte registrerats hittills men en utveckling är på gång att registrering av MDK inte får ske om inte kontaktsjuksköterska deltagit.

Vid NU-sjukvården är det i samtalet med kontaktsjuksköterskan som frågan om kuratorstöd kan bli aktuellt. Det sker inte någon rutinmässig och aktiv erbjudan om tidsbokning för kurator för de prioriterade grupperna.

Vid SÄS genomförs regelbundet enkäter till patienterna och resultatet används till förbättringsarbetet vilket bedöms vara en bra åtgärd eftersom värdet av det psykosociala stödet avgörs av hur det upplevs.

6 Psykosocialt stöd i primärvården för bröst- och prostatacancerpatienter

De fyra intervjuade vårdcentralercheferna uppger att cancerpatienter är en högprioriterad grupp, där vårdcentralen försöker att se helheten. Många cancerpatienter har även andra sjukdomar, där primärvården ofta har ofta en samordnande funktion. Vårdcentralens fördel, enligt en av de intervjuade är att ha kännedom om patienten i många år och därför fungerar vårdcentralens personal ofta som ett stöd under de olika processer patienten genomgår i cancervården.

Primärvården har inga specifika mål för cancerpatienter utan följer regionens mål att förebygga och tidigt upptäcka cancer. Primärvårdens mål att arbeta hälsofrämjande med inriktning att påverka livsstilsfaktorerna är aktuella för cancerpatienter både i ett förebyggande perspektiv men också som kompletterande insatser under pågående och efter avslutad cancerbehandling. Det primära psykosociala stödet under behandlingsperioden ges via sjukhusen.

Patienter kan emellertid få samtalsstöd efter avslutad behandling vid de två granskade vårdcentralerna som är kopplade till SÄS. Det är dock kö och det kan ta ett par månader innan samtal kan inledas. Anhöriga har också möjlighet att få kontakt med kuratorer och psykologer under behandlingsperioden om de önskar.

Vid de två granskade vårdcentralerna kopplade till NU-sjukvården är tillgången till rehabiliteringskompetenser som kuratorer mycket begränsad. Ingen av de två intervjuade vårdcentralerna i Åmål respektive Uddevalla erbjuder eller ser sig behöva erbjuda

psykosocialt stöd till cancerpatienterna. Uppfattningen är att specialistvården sköter detta på ett bra sätt. Intervjuad utvecklingsledare vid RCC Väst uppger dessutom att tillgången till kuratorstöd vid vårdcentralerna är mycket begränsad i hela regionen.

Rörande bröstcancerpatienter så vänder sig en del kvinnor till vårdcentralen om de upptäcker förändringar i bröstet. Då kontaktar vårdcentralen sjukhusets bröstmottagning direkt. Vid vårdcentralen i Kinna erbjuds samtliga patienter med misstänkt cancer kontakt med kurator. Vid Södra Torgets Vårdcentral i Borås erbjuds de patienter som bedöms oroliga samtal med kurator i väntan på fortsatt undersökning och kontakt med sjukhuset. Vid alla cancerbesked erbjuds kontakt med kurator vid de två granskade vårdcentralerna. Motsvarande psykosocialt stöd finns inte vid vårdcentralerna som är kopplade till NU-sjukvården.

De flesta bröstcancerpatienter har dock sin första kontakt med vården när de genomgår mammografiundersökning där förändringar upptäcks. För de kvinnor som genomgått behandling har vårdcentralen en viktig roll att upptäcka sena biverkningar av behandlingar med cytostatika och/eller strålterapi samt eventuella återfall i cancer. Det senare kan ske vid undersökning för andra sjukdomar.

Patienter som önskar få PSA-test genomfört inom SÄS vänder sig till vårdcentralen. För de som har diagnosen prostatacancer ger vårdcentralen antihormonell injektionsbehandling enligt urologens ordination i flera år. Årlig uppföljning med PSA kontroller vid vårdcentralerna förekommer för äldre patienter med multisjuklighet efter utremitteringen från urologen.

Inom NU-sjukvårdens områden har efterkontroller av prostatapatienter tidigare skett vid vårdcentralerna men sker från och med hösten 2015 vid kirurgkliniken efter en regionövergripande riktlinje.

Hösten 2015 införs snabbspår för utredning av ett flertal cancerformer genom standardiserade vårdförlopp. Allmänspecialister vid vårdcentralerna kommer att delta i utbildningar arrangerade av RCC Väst om vårdförloppet under hösten. Syftet är att bli ännu bättre på tidig upptäckt. För primärvården innebär det standardiserade vårdförloppet nya kriterier och remissrutiner och en förbättrad samverkan.

Remissrutiner och samarbetsformer med bröstmottagningen vid Södra Älvsborgs sjukhus uppges vara väl etablerade sedan flera år så skillnaden bedöms inte bli så stor. Etablerad och väl fungerande samverkan finns även med palliativa resursteamet i Södra Älvsborg.

Det genomförs patientundersökningar i form av enkäter på vårdcentralerna där det bl.a. ställs frågor om psykosocialt stöd men patienterna ska inte uppge diagnos varför det inte finns information om hur just patienter med bröst- och prostata cancer ser på stödet.

7 Uppföljning och utvecklingsåtgärder

Den uppföljning av psykosocialt stöd som gjorts är den tidigare beskrivna rapporten som gjordes kring rehabiliteringsinsatser och psykosocialt stöd och där brister identifierades, se avsnitt 2.4.

Vid SÅS genomförs patientenkäter regelbundet vilket inte görs på samma sätt inom NU-sjukvården. Planer finns på att pröva med fokusintervjuer med patienter enligt verksamhetschefen för kirurgkliniken i Uddevalla.

Enligt den intervjuade utvecklingsledaren med inriktning mot psykosocialt stöd/cancerrehabilitering vid RCC Väst rapporteras inte ännu i vilken mån som kuratorer aktivt erbjuds i vårdprocessen men arbete pågår med att försöka få med den informationen i registreringen i INCA (informationsnätverk för cancervården). Tidplanen för detta är inte fastställd.

Den utbildning som RCC Väst genomför för kontaktsjuksköterskor tar utgångspunkt i Cancerstrategin och kontaktsjuksköterskors uppdragsbeskrivning och den intervjuade utvecklingsledaren betonar vikten av att kontaktsjuksköterskorna har en god kunskap om övriga rehabiliteringskompetenserna som kuratorer, sjukgymnaster, psykologer, dietister och sexologer.

Vid intervjuerna med processägare för respektive vårdprocess framkommer följande aktuella uppföljnings- och utvecklingsaktiviteter:

Bröstcancerprocessen:

- ▶ Statistiken för genomförda multidisciplinära konferenser (MDK) ska kvalitetssäkras genom att MDK inte får registreras om inte kontaktsjuksköterskan deltagit. Detta förväntas försämra statistiken något inledningsvis men på sikt förbättra deltagandet. Vissa enheter började med detta 1 januari 2015.
- ▶ I processarbetet pågår ständigt aktiviteter för att anpassa vården till de nationella riktlinjerna.
- ▶ Uppföljning av det psykosociala stödet ska förbättras via INCA-registret.
- ▶ Vid SU pågår ett utvecklingsprojekt utifrån konceptet värdebaserad vård där bröstcancerprocessen ingår. Bland annat ska djupintervjuer med 15 patienter göras och i styrkortet ska patienternas nöjdhet med kontaktsjuksköterskorna mätas liksom hur många som aktivt har erbjudits kontakt med kurator.
- ▶ Extra förstärkningsmedel har gjort det möjligt för kirurgkliniken på SU att rekrytera fler kuratorer.
- ▶ De årliga kontakterna med patienterna efter avslutad behandling ska i fortsättningen skötas av specialistklinikernas kontaktsjuksköterskor istället för vårdcentralerna. Specialistklinikerna ska även sköta sjukskrivningar upp till 3 månader.

Prostatacancerprocessen:

- ▶ Även i denna process arbetar man med att utveckla INCA för uppföljning av det psykosociala stödet.
- ▶ Mätning görs av hur många patienter som har en namngiven kontaktsjuksköterska. Inom regionen är nuläget cirka 90 % (inkl. privata utförare) men det är en stor variation mellan klinikerna. Målet är 95 % och rikets snitt är 67 %. Enligt den s.k. koll på läget-statistiken får 100 % av patienterna vid NU-sjukvården en namngiven kontaktsjuksköterska medan motsvarande siffra är 82 % för SÅS. Andelen hög-risk

patienter som fått multidisciplinär konferens är vid NU-sjukvården 43 % och 67 % vid SÄS.

- ▶ Behov föreligger att kunna följa upp även vilka som fått och erbjudits kuratorstöd. Flera kliniker i regionen har för liten tillgång till kuratorkapacitet. Processägaren gör uppskattningen att de flesta får en lapp med kontaktuppgifter till kurator men aktivt erbjudande varierar.
- ▶ Utveckling pågår för att utveckla PROM och PREM-data. Det är statistik över patientrapporterade behandlingsresultat och upplevelse av vården. Försöksverksamhet med att fånga upplevelser av det psykosociala stödet i PROM/PREM startade 1 november 2015 vid SU.

8 Slutsatser

Syftet med granskningen är att bedöma om det ur patientperspektiv finns brister i vårdkedjan och givet psykosocialt stöd. Nedan ges komprimerade svar på revisionsfrågorna och därefter följer en sammanfattande slutsats och bedömningar utifrån revisionskriterierna.

Revisionsfråga	Svar
1. Har styrelsen/nämnden följt och beaktat regionfullmäktiges mål och uppdrag för cancersjukvården ställt till styrelsens uppdrag i sin budget och verksamhetsplan?	<p>Ja</p> <p>Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har beslutat om en plan för införandet av standardiserade vårdförlopp. Framför allt är det en åtgärd för att säkerställa kortare ledtider och likvärdig vård. Genom finansieringen av Regionalt cancercentrum Väst (RCC Väst) har styrelsen formulerat ett uppdrag för att utveckla cancer vården regionalt utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram. I detta uppdrag till RCC Väst specificeras bland annat att vårdprocesserna ska vara sammanhållna och med fast vårdkontakt och god rehabilitering.</p>

2. Har styrelsen/nämnden tillsett att verksamhetens organisation för psykosocialt stöd i cancersjukvården är utformad på ett sätt, där ansvar och befogenheter tydliggjorts, så att en jämlik vård kan säkerställas?

Ja

Uppdrag och riktlinjer för ambitionsnivån när det gäller det psykosociala stödet är tydligt formulerat.

Specialistklinikernas centrala ansvar är tydliggjort. Vidare finns det processrelaterade roller som stödjer och styr arbetet. Dels finns det regionala processägare och lokala processledare för respektive bröstcancer och prostatacancer vården dels finns utvecklingsledarroller inom RCC Väst med uppdrag att stödja, följa upp och utveckla det psykosociala stödet.

Bedömningen är att organisationen för ett bra psykosocialt stöd finns på plats.

<p>3. Säkerställer styrelsen/nämnden att verksamhetschefer har en tillräcklig organisation, uppföljning och rapportering av psykosocialt stöd?</p>	<p>Nej</p> <p>Andelen patienter som får en namngiven kontaktsjuksköterska når fortfarande inte upp till målet även om situationen har förbättrats de senare åren. Tillgången till kontaktsjuksköterskor är för liten inom bland annat NU-sjukvården. Tillgången till kuratorer är bristfällig inom både SÅS och NU-sjukvården.</p> <p>Vid vårdcentralerna är kompetenser för psykosocialt stöd och rehabilitering minimalt. Å andra sidan är detta stöd styrt till specialistklinikerna.</p> <p>Det finns uppföljning av hur många som får en namngiven kontaktsjuksköterska men inte av hur många patienter som aktivt erbjuds kontakt med kurator.</p> <p>Uppföljningen av huruvida kontaktsjuksköterska deltar i multidisciplinära konferenser är inte fullständig ännu men håller på att kvalitetssäkras.</p> <p>Uppföljning av patienternas upplevelser av det psykosociala stödet sker vid SÅS men inte vid NU-sjukvården.</p>
<p>4. Säkerställs psykosocialt stöd vid överlämningar mellan vårdgivare?</p>	<p>Den tydligaste överlämningen sker då cancerpatienterna får onkologisk behandling av olika slag. Under den onkologiska behandlingsperioden tar en kontaktsjuksköterska över kontakten. Enligt intervjuerna sker detta på ett tydligt sätt. Huruvida överlämningen sker aktivt kan inte verifieras i denna granskning.</p> <p>Gentemot vårdcentralerna sker ingen egentlig överlämning eftersom specialistklinikerna sköter efterkontrollerna. Att alla överlämningar ska ske aktivt är tydligt beskrivet i alla styrdokument och handledningar.</p>
<p>5. Utformas det psykosociala stödet utifrån den enskilde patientens specifika behov?</p>	<p>Delvis</p> <p>Det är kontaktsjuksköterskans ansvar att "läsa av" patientens behov av psykosocialt stöd i ett tidigt skede. Dessa samtal sker i de allra flesta fall enligt vad som framkommit i granskningen. Kontaktsjuksköterskan kan då koppla in andra rehabiliteringskompetenser, framför allt kuratorer men även andra, vid identifierat behov. Kuratorer är dock en knapp resurs varför det finns risk för att alla patienters behov av sådant stöd inte helt tillfredsställs.</p> <p>I den folder (Rosa boken) som bröstcancerpatienter får finns det bra information och bland annat påpekas vikten av att betona det friska under sjukdomsperioden. Att betona det friska finns även med som inslag i den utbildning som kontaktsjuksköterskor kan få. Det är dock långt ifrån alla som genomgått den utbildningen.</p>

8.1 Sammanfattande slutsatser och bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att frågan om psykosocialt stöd är högst närvarande inom Västra Götalandsregionens cancersjukvård. Inom prostatacancervården har utvecklingen inte hunnit lika långt som bröstcancervården eftersom behandlingsmöjligheterna utvecklats betydligt senare. I viss mån är prostatacancervården en "yngre" process än bröstcancervården. Våra intervjuer indikerar att det psykosociala stödet har utvecklats betydligt under de senaste tre, fyra åren och då framför allt vad gäller kontaktsjuksköterske- rollen. Det är just den rollen som fokuseras i alla riktlinjer och nationella översyner. Vårdprocessens kvalitet avgörs i hög grad av hur sammanhållen vården är och vilket stöd patienterna får. Det gäller patientens upplevelse och viss mån även det medicinska resultatet. Kontaktsjuksköterskan blir därför central liksom hens förmåga att koordinera andra rehabiliteringskompetenser utifrån patientens behov. I de allra flesta fall får bröstcancerpatienter inom SÄS och NU-sjukvården träffa en kontaktsjuksköterska vid det tillfälle då cancerdiagnos meddelas, vilket ska ske enligt riktlinjerna.

När det gäller regionens och Hälso- och sjukvårdsstyrelsens styrning är bedömningen att nationella riktlinjer och program har översatts till regionens förhållanden och är väl kända i organisationen (bedömningen avser det psykosociala stödet). Ett flertal utvecklingsåtgärder pågår. Ledtider kommer att kortas i samband med att standardiserade vårdförlopp implementeras vilket är positivt för patienters upplevelser och psykiska tillstånd. Lokala förstärkningar av kuratorsstödet sker, förbättrad dokumentation för uppföljning och utbildningar är andra utvecklingsåtgärder.

Ansvarsroller är tydliga och de organisatoriska arrangemang som är inrättade med linjechefer och processroller bedöms som ändamålsenliga. Det är endast vilken roll vårdcentralerna ska som är något otydligt även om vi inte identifierat några brister i relationen mellan vårdcentraler och sjukhus. I den mån det finns brister kan dessa inte härledas till en otydlig organisation och otydlig styrning. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har betonat frågan om det psykosociala stödet och har tillsammans med övriga lokala styrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder i Regionalt cancercentrum en bra stödorganisation för att vidareutveckla stödet.

Granskning visar emellertid att det finns brister och utvecklingsområden. Dessa kan sammanfattas på följande vis:

- ▶ Andelen patienter med cancerdiagnos som får en namngiven kontaktsjuksköterska når fortfarande inte upp till målsättningen på 95 %.
- ▶ Tillgången till kontaktsjuksköterskor är för låg för prostatacancerpatienter inom NU-sjukvården.
- ▶ Skillnader mellan sjukhusen föreligger i hur patienter blir erbjudna psykosocialt stöd. De fyra prioriterade patientgrupper som ska erbjudas kuratorstöd aktivt får inte detta erbjudande, det är främst patienter med minderåriga barn som prioriteras. De flesta patienter får dock information om hur de kan kontakta kurator vid behov av stöd.
- ▶ Tillgången till kuratorer är bristfällig inom SÄS och med dålig kontinuitet inom NU-sjukvården. Det finns enligt intervjuerna inte möjlighet att svara upp emot riktlinjer och ambitionsnivåer med nuvarande kuratorsresurs.
- ▶ Långt ifrån alla kontaktsjuksköterskor har genomgått utbildningen. I viss mån har bröstsjuksköterskor denna kompetens sedan tidigare men en bättre täckningsgrad vad gäller utbildning är önskvärd.
- ▶ Vårdcentralernas roll i det psykosociala stödet framstår som oklart men inte nödvändigtvis som problematiskt.
- ▶ Uppföljningen av i vilken utsträckning som patienterna får erbjudande om kuratorstöd finns inte.

- ▶ Systematisk uppföljning av hur patienterna upplever vården och det psykosociala stödet finns inte vid alla vårdgivare.

Både intervjuer med personal och patientföreträdare indikerar att det psykosociala stödet är viktigt och upplevs som betydelsefullt av patienterna varför ovanstående brister är angelägna att möta med utvecklingsåtgärder.

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden samt styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus och södra hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Tydliggör vilka principer som ska gälla för hur erbjudande av fördjupat stöd av exempelvis kurator ska erbjudas och utifrån vilka kriterier kontaktsjuksköterskorna ska bedöma detta behov.
- ▶ Säkerställ att alla kontaktsjuksköterskor arbetar utifrån den definierade rollen och utifrån de frågeområden som är definierade i vårdprogrammen.
- ▶ Etablera en metod för att följa upp i vilken utsträckning patienter aktivt erbjuds kuratorstöd och att de prioriterade grupperna får detta erbjudande. Detta kan ske på olika sätt och bör inte öka den administrativa belastningen på sjukvårdspersonalen.
- ▶ Gör en analys av i vilken mån den befintliga kapaciteten av kontaktsjuksköterskor och kuratorer kan matcha behovet som definieras i riktlinjerna.
- ▶ Utveckla tillsammans med patientföreningarna metoder för att följa upp patienternas upplevelser och synpunkter på det psykosociala stödet och säkerställ att den uppföljningen sker lokalt vid alla sjukhus.

Stockholm den 16 december 2015

Anders Hellqvist och Lena Joelsson

Certifierade kommunala revisorer, EY

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Processägare prostatacancervården, SU

Processägare bröstcancervården, SU

Vårdcentralschefer Åmåls VC och Skogslyckans VC i Uddevalla

Vårdcentralschefer Närhälsan Kinna och Södra torget i Borås

Vid NU-sjukvården

Processledare prostatacancervården

Verksamhetschef kirurgkliniken, Uddevalla

Sektionsledare Bröstcentrum Uddevalla

Kontaktsjuksköterska cytostatikamottagningen Uddevalla

Kontaktsjuksköterska prostatacancerteam Uddevalla

Vid SÄS

Verksamhetschef kirurgkliniken

Sektionsansvarig läkare onkologi

Mottagningschef bröstmottagningen ansvarig för kontaktsjuksköterskor

Avdelningschef, ansvarig för kontaktsjuksköterskor prostatacancervården

RCC Väst

Utvecklingsledare, rehabilitering (kuratorer)

Utvecklingsledare kontaktsjuksköterskor

Patientföreningar

Patientföreningen Bröstcancer Västra Götalandsregionen

Patientföreningen Prostatacancer Västra Götalandsregionen

Bilaga 2 Beskrivning av behovsnivåer

Följande kan utläsas i det nationella vårdprogrammet:

Rehabiliteringspersonalen genomför sin bedömning och konsultation i fyra steg:

1. Den medicinska personalen kontaktar rehabiliteringspersonalen efter att ha informerat patienten och eventuellt även närstående om detta.
2. Patienternas frågeställning presenteras av den medicinska personalen för rehabiliteringspersonalen genom personlig kontakt eller på telefon.
3. Rehabiliteringspersonalen genomför sin insats:

Vid grundläggande behov: Den medicinska personalen får råd och hjälp av rehabiliteringspersonalen för att kunna tillgodose patientens eller de närståendes behov.

Vid särskilda behov: Rehabiliteringspersonalen träffar patienten eller de närstående så snart som möjligt för bedömning. En representant från den medicinska personalen närvarar åtminstone vid introduktionen.

Vid avancerade behov: Rehabiliteringspersonalen kommer överens med patienten eller de anhöriga om fortsatt kontakt. Om det framkommer att patienten eller de närstående har ytterligare behov av kontakter med en annan rehabiliteringskompetens återförs detta till den medicinska personalen.

4. Rehabiliteringspersonalen återkopplar till den medicinska personalen omedelbart efter insatsen:

Personlig överrapportering där insatsen sammanfattas.

Överenskommelse om uppföljning.

Journalföring.

Rehabiliteringspersonalen ska ha hög tillgänglighet för att kunna vara ett reellt stöd för den medicinska personalen. Detta stöd är nödvändigt för att den medicinska personalen ska kunna tillgodose grundläggande och särskilda behov utifrån pyramidmodellen. Vid särskilda behov handlar det om direkta insatser av exempelvis arbetsterapeut, kurator eller fysioterapeut.

Ärende 5

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-13

Diarienummer NU 84-2015

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Miljöenheten

Handläggare: Ingrid Larsson

Telefon: 010-435 66 99

E-post: ingrid.mari.larsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Remissyttrande – Miljöplan för Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2020

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården ställer sig bakom förvaltningens yttrande i enlighet med remissyttrande daterat 2016-04-04.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Miljöplanen 2017-2020 har tagits fram utifrån delmål, aktuella resultat och utvärdering av innehållet av miljöprogram 2014-2016. De långsiktiga målen till 2020 är oförändrade men har i miljöplanen 2017-2020 definierats i mätbara mål och åtgärder.

Förslag till miljöplan 2017-2020 har tagits fram i nära samarbete med nyckelaktörer inom Västra Götalandsregionens olika verksamheter. Arbetet har letts av en styrgrupp bestående av miljönämndens presidium, en ledamot/ersättare från samtliga politiska partier samt miljöchef. Samtliga miljösamordnare har bjudits in till workshops i samband med två miljösamordnarträffar där det har funnits möjlighet att komma med synpunkter på mål och åtgärder.

Förslaget har skickats på remiss till samtliga nämnder och styrelser för yttrande.

Styrelsen för NU-sjukvården anser att förslaget till miljöplan 2017-2020 är bra. Dock behövs förtydliganden på vissa huvudansvar, stödansvar samt åtgärder.

NU-sjukvården

Marith Hesse
Ordförande

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Bilaga

- Remissyttrande, 2016-04-04

Besluten skickas till

- Diariet
- Miljönämnden, miljo@vgregion.se

Remissyttrande

Datum 2016-04-04

Diarienummer NU 84-2016

Miljönämnden

miljo@vgregion.se

Miljöplan för Västra Götalandsregionens verksamheter 2017-2020

Sammanfattning av ärendet

Miljöprogrammet 2014-2016 som beslutades av regionfullmäktige den 26 november 2011 innehöll långsiktiga mål till 2020 (i ett fall 2030). Mål och åtgärder för perioden 2017-2020 har tagits fram utifrån delmål, aktuella resultat och utvärdering av programperioden 2014-2016.

Miljöplanen är indelat i sju prioriterade miljöområden: Transporter, Energi, Produkter och avfall, Livsmedel, Kemikalier, Läkemedel samt Medicinska gaser.

Remissyttrande

Styrelsen för NU-sjukvården anser att förslaget till miljöplan 2017-2020 är bra. Dock behövs förtydliganden på vissa huvudansvar, stödansvar samt åtgärder.

Synpunkter**Transporter**

NU-sjukvården hade gärna sett att åtgärder för att minska resor i tjänsten med privat bil eller flyg uppmärksammats i miljöplanen 2017-2020.

NU-sjukvården önskar ett förtydligande angående vad som menas med att använda egna transporter i regionalt utvecklingsarbete och hur detta skulle gå till i praktiken.

Produkter och avfall

NU-sjukvården ser fram emot att följa utvecklingen av re:design. Dock behövs ett förtydligande hur re:design är tänkt att fungera i praktiken, hur förvaltningen väljer re:design produkter och vilka är de etablerade kanalerna?

Livsmedel

NU-sjukvården önskar ett förtydligande angående vad som menas med måltidsproduktion, menas t.ex. avdelningskök inom slutenvården? Produktionsköken på sjukhusen drivs av Regionsservice. NU-sjukvården har ringa möjlighet att påverka inköpen av livsmedel och bör därför inte ha huvudansvar utan vara en stödjande funktion.

Kemikalier

NU-sjukvården ser fram emot att följa utvecklingen av re:design. Vi föreslår ett förtydligande hur re:design är tänkt att fungera i praktiken, hur förvaltningen väljer att anskaffa re:design produkter och vilka är de etablerade kanalerna?

Regionstyrelsen bör ha en stödjande roll för att främja användandet av re:design.

Läkemedel

NU-sjukvården ställer sig frågande till varför inget stödjande ansvar har angetts under åtgärden om att ställa och följa upp krav i inköpsprocessen. Viktigt att sjukvården och primärvården får tycka till om förpackningsmaterial, förpackningsstorlek mm för att kunna minska kassationen av läkemedel.

Viktigt med en samordning av arbetet i regionen likväl som nationellt.

Medicinska gaser

NU-sjukvården ställer sig positiva till att utreda åtgärder för att minska utsläppen av övriga klimatpåverkande medicinska gaser.

NU-sjukvården

Andes Kullbratt
Planeringschef

Ärende 6

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-06

Diarienummer NU 117-2016

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Planeringsenheten

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709 – 41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Införande av ordningsregler inom NU-sjukvården

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Införande av ordningsregler inom NU-sjukvården i enlighet med tjänsteutlåtande 2016-04-06
2. Föreliggande ordningsregler föreslås gälla inom NU-sjukvårdens alla verksamheter med start 2016-06-01. Undantaget är det i ordningsreglerna angivna förbudet mot rökning som föreslås gälla från 2017-01-01 i enlighet med särskild process inom utvecklingsenheten.
3. Särskilda anpassningar av ordningsregler skall ske restriktivt men kan förekomma inom verksamheter utifrån speciella omständigheter.
4. Verksamhetschef beslutar inom sitt verksamhetsområde kring avvikelser och anpassningar av ordningsregler. Dessa avvikelser och anpassningar skall förankras med planeringschef.

Sammanfattning av ärendet

Det har sedan tidigare saknats fastslagna ordningsregler inom NU-sjukvården. Det är en brist, då tydliga ordningsregler är en viktig del i arbetet för en god säkerhetskultur. Föreslagna ordningsregler överensstämmer väl med redan etablerade ordningsregler inom flertalet av regionens vårdverksamheter.

Alla som arbetar inom NU-sjukvården har ett ansvar för att vara aktiva i säkerhetsarbetet på sin arbetsplats och känna till vilka regler som gäller. Väl kända och tydligt anslagna ordningsregler underlättar för medarbetare och chefer i dialog med patienter och besökande. Ordningsregler är till ingen nytta om de inte följs i det dagliga arbetet. Därför är det viktigt att alla ser sin roll i säkerhetsarbetet.

- Chef har ansvar för säkerheten inom sin verksamhet och att ordningsregler efterlevs. Planeringsenheten/säkerhet är ett stöd i det arbetet. Det finns även en verktygslåda med hjälpmedel och förslag till aktiviteter som kan användas. Dessa finns på intrasidan, under planeringsenheten/säkerhet.
- Medarbetare är skyldig att informera sig om vad som gäller på sin arbetsplats och att följa de regler som finns. Uppmärksamma och ansvarstagande medarbetare och chefer är den bästa förutsättningen för god säkerhet.

Ordningsregler

Följande allmänna regler gäller i NU-sjukvårdens verksamheter:

- Sjukhusområdet är ingen allmän plats.
- Sjukhuset är öppet mellan kl. 07.00 och 20.00 för anhöriga och besökare. Akutmottagning har öppet dygnet runt.
- Vård och omsorg om patienten är det viktigaste och prioriteras alltid. Anhöriga och närstående förväntas att inte störa vårdarbetet.
- För att få en lugn vårdmiljö har vårdpersonalen rätt att begränsa antalet besökare på vårdavdelningarna. Vanligt är att avdelningen inte vill ha fler än tre besökande. Om man är fler så turas man om att besöka patienten.
- Sjukhuset har nolltolerans mot diskriminering, hot och våld.
- Sjukhusets personal har rätt att:
 - avvisa personer som inte har ärende till sjukhuset
 - avvisa besökare som är störande, bråkiga eller hotfulla
 - avvisa besökare som blockerar entréer som ska vara fria för passage
 - tillkalla polis för handgriplig avhysning
- Vapen får inte bäras inom sjukhusområdet.
- Förtäring av alkohol är förbjudet inom sjukhusområdet.
- Rökning samt användning av e-cigarett är förbjudet inom sjukhusområdet.
- Djur får inte vistas inne på sjukhuset. Undantag gäller för assistenthundar och hundar som används vid yrkesutövning, exempelvis polishundar.
- För att fotografera eller filma på sjukhuset krävs tillstånd. Detta gäller även vid användande av mobiltelefon och annan utrustning som har kamera installerad.
- Ingen verksamhet förutom den som bedrivs av Västra Götalandsregionen (VGR), eller av VGR anlitade verksamheter, får bedrivas inom sjukhusområdet utan särskilt tillstånd.

Beredning

Ärendet har beretts inom planeringsenheten och har också förankrats med koncernsäkerhetschef Valter Lindström. I framtagande av slutlig version har NU-sjukvårdens kommunikationsenhet deltagit. Ordningsregler har samverkats vid central samverkansgrupp (CSG) 2016-04-13 och har förankrats vid NU-sjukvårdens ledningsgruppsmöte 2016-04-19.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Anders Kullbratt
Planeringschef

Besluten skickas till

- Diariet
- Planeringschef Anders Kullbratt
- Säkerhetssamordnare Mats Johansson
- Områdeschefer område I – III för spridning i linjen
- Kommunikationschef Niklas Claesson

Ärende 7

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-15

Diarienummer NU 190-2015

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Planeringsenheten

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709 – 41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Ny byggnad för psykiatrins vård på NÄL

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården beslutar anhålla hos regionstyrelsen om genomförandebeslut och investeringsram gällande byggnation av ny byggnad för psykiatrins vård på NÄL i enlighet med utarbetad förstudie.
2. Styrelsen för NU-sjukvården beslutar ge sjukhusdirektören i uppdrag att fortsätta arbetet med planering av byggnationen.

Sammanfattning av ärendet

Den svenska välfärden är bland de högsta i världen och folkhälsan har avsevärt förbättrats med undantag för den psykiska hälsan. Att främja bättre psykisk hälsa och motverka den ökande psykiska ohälsan utifrån ett folkhälsoperspektiv är en av sociala välfärdens största utmaningar. 2014-05-13 antog regionfullmäktige en utvecklingsplan som styrdokument för specialisterpsykiatri i Västra Götalandsregionen. Planen innehåller bland annat förslag till åtgärder som är nödvändiga för att förverkliga visionen "En psykiatri i framkant". Målet är att personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet. Styrelsen för NU-sjukvården beslutade, 2015-06-17, att ge sjukhusledningen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nytt psykiatri-hus på NÄL.

Nybyggnation av ett psykiatrisjukhus i anslutning till NÄL säkerställer samlokalisering med somatisk vård, vilket ger bäst förutsättningar för patienterna att få vård för både kropp och själ. Lokaler som byggs för psykiatrisk vård kan utformas för att vara en läkande miljö för dessa patienter på ett bättre sätt än lokaler byggda för somatisk vård. En nybyggnation ger även bättre förutsättningar för att anpassa de somatiska vårdavdelningarna till dagens vårdhygien-krav genom att frigöra nödvändig yta för att genomföra denna åtgärd.

Lokalerna är idag placerade på tre plan med entré på bottenplan med hisstransport där de akuta besöken medför en säkerhetsrisk. Avdelningarna har ett stort behov av renovering och motsvarar heller inte dagens krav för modern psykiatrisk vård. Det finns få enkelrum, balkongerna är helt slutna och ger ett mycket utsatt och dåligt intryck. Det råder en generellt dålig arbetsmiljö och lokalerna som helhet bidrar inte till ett värdigt omhändertagande.

Denna förstudie är gjord med målsättningen att befolkningen i NU-sjukvårdens upptagningsområde ska erbjudas tillgång till specialiserad utredning, diagnostik, behandling och vård av hög kvalitet. Psykiatriska diagnoser har visat sig att vid samtidig somatisk sjukdom har en högre dödlighet än med enbart somatisk sjukdom. Det finns en högre risk att drabbas av hjärt- kärlsjukdom och dubbeldiagnoser förekommer ofta.

Förstudien föreslår en ny separat byggnad med all vård samlad i markplan. En begränsad del på plan två med enhetens personalutrymmen och administration. En ny separat byggnad ger förutsättningar för bättre skyddad integritet. Ett nytt psykiatrihus får även egen psykiatrisk akutmottagning. NU-sjukvårdens målsättning är att skapa en ljus, lugn och harmonisk byggnad som har rum med mycket dagsljus och vackra utblickar. I byggnaden läggs stor vikt vid att skapa en miljö i enlighet med publicerade forskningsrapporter, vilket ytterligare kommer att stödjas i utformningen av den parkmiljö som skapas nära den nya byggnaden.

Utformningen har förutsättningar för att bedriva en modern och utvecklande vård med attraktiv arbetsmiljö för psykiatrins medarbetare. Lokalerna utformas för att ge god överblick och därigenom skapa en trygg arbetssituation.

Area

Byggnaden omfattar totalt 12 900 m² (bruksarea BRA).

BRA: Bruksarean är alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas insida.

Tidplan

2016 juni: Beslut 1

2017 kvartal 1: Systemhandling klar.

2017 kvartal 2: Beslut 2 (genomförande)

2018 kvartal 1: Upphandling klar.

2020 kvartal 3: Inflyttning

Beredning

Föreliggande förstudie har tagits fram i samarbete med Västfastigheter i enlighet med regionala rutiner och fastslagits i fastighetsnämnden. Facklig samverkan har skett i områdes- och kliniksamverkansgrupper.

Ekonomi

Kostnader

Beräknad investering, hyra samt redovisning av täckningsgrad utifrån kostnadsläge 2015.

	Investering	Ökad hyra	Täckningsgrad	Ofinansierad del.
Ny byggnad	430 mkr	20 mkr	65 %	11 mkr

Belopp avseende konstinvestering tillkommer med maximalt 4,3 mkr.

Utgifterna fördelas enligt tabell nedan:

2016	2017	2018	2019	2020	2021
2 mkr	30 mkr	138 mkr	160 mkr	100 mkr	

Utrustning

Fungerande befintlig utrustning beräknar kunna behållas. Nyanskaffningsbehov beräknas uppgå till 20 mkr, kostnadsläge 2015.

VGR- IT

Ingår inte i kostnaden.

Handlingsalternativ

Ett alternativ är att inte flytta de två psykosavdelningarna från Brinkåsen som tillhör allmänpsykiatrin. Vad gäller nybyggnationens placering finns ett antal möjliga placeringar på sjukhustomten NÄL.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Anders Kullbratt
Planeringschef

Bilaga

- Förstudie *ny byggnad för psykiatrins vård vid NÄL.*

Besluten skickas till

- Diariet NU-sjukvården
- Regionstyrelsen



Norra Älvsborgs Länssjukhus, NÄL, Trollhättan

NY BYGGNAD FÖR PSYKIATRISK VÅRD

FÖRSTUDIE NOVEMBER 2015

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	2
UPPDRAGET FÖRSTUDIE OCH AVGRÄNSNING	4
REGIONÖVERGRIPANDE PLANERING	4
FÖRUTSÄTTNINGAR.....	4
Lokaler.....	4
FÖRUTSÄTTNINGAR UTIFRÅN VERKSAMHETENS BEHOV	5
BRISTER I BEFINTLIGA LOKALER AVSEENDE PATIENT- OCH PERSONSÄKERHET	5
BYGGNADSTEKNISKA BRISTER.....	5
FÖRSLAG	6
Allmänpsykiatri	6
BUP	6
ECT.....	6
Byggnaden.....	6
Flexibilitet och generalitet	7
En läkande miljö.....	7
En attraktiv och säker arbetsmiljö	7
Samordningsvinster	7
BYGGNADENS ALTERNATIVA PLACERINGAR PÅ TOMTEN.....	7
FASTIGHET	8
TIDPLAN OCH UTGIFTER	8
Tidplan.....	8
Kostnader.....	9
Handlingsalternativ.....	9
UTRUSTNING.....	9
Befintlig utrustning.....	9
Nyanskaffningsbehov	9
VGR- IT.....	9
DRIFTKOSTNAD.....	9

SAMMANFATTNING

2014-05-13 antog regionfullmäktige en utvecklingsplan som styrdokument för specialistpsykiatri i Västra Götalandsregionen. Planen innehåller bland annat förslag till åtgärder som är nödvändiga för att förverkliga visionen ”En psykiatri i framkant”. Målet är att personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad, säker och tillgänglig vård och omsorg av god kvalitet.

Nybyggnation av ett psykiatrisjukhus i anslutning till NÄL säkerställer samlokalisering med somatisk vård, vilket ger bäst förutsättningar för patienterna att få vård för både kropp och själ. Lokaler som byggs för psykiatrisk vård kan utformas för att vara en läkande miljö för dessa patienter på ett bättre sätt än lokaler byggda för somatisk vård. En nybyggnation av psykiatrihus ger även bättre förutsättningar för att anpassa de somatiska vårdavdelningarna till vårdhygienkrav.

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade, 2015-06-17, att ge sjukhusledningen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nytt psykiatrihus på NÄL. Förtydligande om inlämning av förstudie 2015-09-29.

Lokalerna är idag placerade på tre plan med entré på bottenplan med hisstransport där de akuta besöken medför en säkerhetsrisk. Avdelningarna har ett stort behov av renovering och motsvarar heller inte dagens krav för modern psykiatrisk vård. Det finns få enkelrum, balkongerna är helt slutna och ger ett mycket utsatt och dåligt intryck. Generellt dålig arbetsmiljö och lokalerna som helhet bidrar inte till ett värdigt omhändertagande.

Denna förstudie är gjord med målsättningen att befolkningen i NU-sjukvårdens upptagningsområde ska erbjudas tillgång till specialiserad utredning, diagnostik, behandling och vård av hög kvalitet. Psykiatriska diagnoser har visat sig att vid samtidig somatisk sjukdom har en högre dödlighet än med enbart somatisk sjukdom. Det finns en högre risk att drabbas av hjärt- kärlsjukdom och dubbeldiagnoser förekommer ofta.

Förstudien föreslår en ny separat byggnad med all vård samlad i markplan. En begränsad del på plan två med enhetens personalutrymmen och administration. En ny separat byggnad ger förutsättningar för bättre skyddad integritet. Ett nytt psykiatrihus får egen psykiatrisk akutmottagning.

NU-sjukvårdens målsättning är att skapa en ljus, lugn och harmonisk byggnad som har rum med mycket dagsljus och vackra utblickar. I byggnaden läggs stor vikt vid att skapa en miljö i enlighet med publicerade forskningsrapporter, vilket ytterligare kommer att stödjas i utformningen av den parkmiljö som skapas nära den nya byggnaden. En läkande miljö för kropp och själ.

Utformningen har förutsättningar för att bedriva en modern och utvecklande vård med attraktiv arbetsmiljö för personalen. Lokalerna utformas för att ge god överblick och därigenom skapa en trygg arbetssituation.

UPPDRAGET FÖRSTUDIE OCH AVGRÄNSNING

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade, 2015-06-17, att ge sjukhusledningen i uppdrag att genomföra en förstudie för ett nytt psykiatrihus på NÄL. Datum för överlämnande av förstudien har inte varit helt entydigt.

Den korta handläggningstiden har inneburit att det har gjorts en principiell och övergripande förstudie med ett fåtal personer involverade. Områdeschef psykiatri, verksamhetschef psykiatri, verksamhetschef BUP, västfastighetens förvaltare och NU-sjukvårdens planeringsledare. Facklig samverkan har skett i områdes- och kliniksamverkansgrupper.

REGIONÖVERGRIPANDE PLANERING

Den svenska välfärden är bland de högsta i världen och folkhälsan har avsevärt förbättrats med undantag för den psykiska hälsan. Att främja bättre psykisk hälsa och motverka den ökande psykiska ohälsan utifrån ett folkhälsoperspektiv är en av sociala välfärdens största utmaningar.

VGR:s specialiserade psykiatri skall bedrivas i enlighet och motsvara förväntningarna på God vård, det vill säga att den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt ges inom rimlig tid.

FÖRUTSÄTTNINGAR

Lokaler

NÄL

Näl är uppfört under 1980 talets andra hälft och stod färdigt 1988. Psykiatrien med fyra avdelningar på Näl är lokaliserade till byggnad K51 i plan 4, 5, 6 samt byggnad M56 plan 6. Byggnad K51 tillkom i slutskeden av Näls färdigställande då beslut togs att psykiatrien med dess akutverksamhet skulle flytta till Näl. Lokalerna på Näl stödjer inte dagen arbetsätt och produktion till varken yta eller rumsbildningar.

Brinkåsen

Två avdelningar är lokaliserade till Brinkåsen. Brinkåsen färdigställdes 2012 och är en byggnad för rättspsykiatrisk vård. Placeringen på dessa avdelningar är inte optimal med hänsyn till logistik samt att de är placerade på ett rättspsykiatriskt område.

Externa lokaler

Barnpsykiatrisk akut- och utredningsavdelning är idag placerade i extern lokal. Logistik och säkerhet är svår att tillfredsställa.

Sammanfattningsvis berörs totalt sex avdelningar samt barn och ungdomspsykiatrien.

Lokalerna som lämnas i befintlig byggnad på NÄL kommer att nyttjas i kommande projekt avseende vårdhygien att skapa fler enpatientrum.

Lokalerna som lämnas på Brinkåsen har inte beaktats.

FÖRUTSÄTTNINGAR UTIFRÅN VERKSAMHETENS BEHOV

Patientens självbestämmanderätt och deltagande i beslutsfattande runt vården är grundläggande och förutsättningarna för detta underlättas i en ny byggnad vars utformning underlättar för en mer patientnära vård.

Den psykiatriska slutenvården planeras i en ny gemensam byggnad med 6 allmänpsykiatriska vårdavdelningar. BUP slutenvård med ca 6 vårdplatser. ECT för inneliggande och polikliniska behandlingar. Akutentré för psykiatrisk akutmottagning. Polis- och ambulanstransporter har egen skyddad anslutning.

BRISTER I BEFINTLIGA LOKALER AVSEENDE PATIENT- OCH PERSONSÄKERHET

Vårdavdelningarna är idag till största delen låsta till följd av att frivillig (HSL) respektive tvångsvård (LPT) måste vårdas på samma avdelning. Det begränsar och drar mycket resurser då personalen måste involveras varje gång då avdelningens dörr måste låsas upp för patienter som vill gå ut och att personal skall medfölja patienter som inte har möjlighet till egen utevistelse. Ur sekretessynpunkt finns brister då vården i huvudsak bedrivs i flerpatientrum. Den psykiatriska vården utgår från mycket samtal vilket försvåras då det finns fler personer i rummet.

Lokalerna är idag placerade på tre plan med entré på bottenplan med hisstransport, där de akuta besöken medför en säkerhetsrisk. Transporter sker med ambulans, polistransport med handräckning, taxi och sjukresa direkt in i sjukhusets allmänna korridor och möter alla de personer som passerar här, patienter och besökare. Det är en lång och osäker inre transportsträcka där patientens integritet inte har möjlighet att skyddas.

BYGGNADSTEKNISKA BRISTER

Avdelningarna har ett stort behov av renovering och motsvarar heller inte dagens krav för modern psykiatrisk vård. Det finns få enkelrum, balkongerna är omslutna med galler som ger ett mycket utsatt och dåligt intryck. Generellt dålig arbetsmiljö säkerhetsmässigt. Lokalerna som helhet bidrar inte till ett värdigt omhändertagande.

Avdelningarna är svåra att överblicka med långa korridorer. Avsaknaden av innegård innebär att flera patienter enbart kan gå ut med personal vilket kräver personalresurser men kan även vara kontraproduktivt i vården då man som patient blir begränsad i onödan. Flerpatientrum minskar möjligheten till avskildhet och

försvårar eller omöjliggör samtalet mellan vårdare och patient. Befintliga vårdlokaler uppfyller inte dagens hygienkrav.

FÖRSLAG

Allmänpsykiatri

Den slutna vården för allmänpsykiatri i NU-sjukvården samlas i en enhet. NÄL:s nuvarande fyra avdelningar med akutmottagning och de två avdelningar som för närvarande är placerade på Brinkåsen. Avdelningarnas storlek och disposition utformas enligt verksamhetens kommande programskrivning.

I denna förstudie är volymen beräknad för 16 vårdplatser per avdelning fördelade på 12 enkelrum och 2 dubbelrum. Totalt 96 vårdplatser.

BUP

Barn och ungdomspsykiatri med 6 vårdplatser för primärt akuta tillstånd. BUP-enheten bör placeras avskilt från övriga vuxenpsykiatriska enheter med en egen akutingång för att säkra patientintegriteten i ett ungdomspsykiatriskt omhändertagande.

Enheten bör ha möjlighet för att sektioneras så att LPT-vård kan genomföras på ett säkert och respektfullt sätt. Arbetsplatser och kontor för personalen bör lokaliseras inne på enheten för att underlätta samhandling i behandlingsarbetet.

BUP har ett tydligt familjeperspektiv där en förälder oftast övernattar, något som medför att 4 av patientrummen bör ha en storlek som gör detta naturligt. Två av patientrummen bör utformas som mindre familjelägenheter. Det ska finnas lokaler för undervisning i anslutning till enheten. Närmare beskrivning kommer att göras i BUP-verksamhetens kommande programskrivning.

ECT

ECT-behandlingar (electroconvulsive therapy) görs inom enheten både för inneliggande och polikliniska patienter. Det innebär att anestesipersonalen kommer till enheten istället för att inneliggande patienter transporteras. Riskbedömning skall göras för att säkerställa funktionens placering och inre logistik. ECT planeras för totalt ca 30 behandlingar per vecka.

Byggnaden

En ny fristående byggnad i huvudsak i ett plan med delvis källarplan som ansluter via kulvert till sjukhusets huvudbyggnad. Enhetens administrativa lokaler och personalutrymmen placeras i en begränsad påbyggnad centralt.

Patienter och besökare möts av en öppen och välkomnande entré och reception som underlättar ett personligt och jämlikt bemötande med integritet. Polis- och ambulanstransporter har en skyddad anslutning.

Byggnadsstrukturen innebär mycket dagsljus med innegårdar kopplade till avdelningarna så att alla patienter kan röra sig fritt ute och inne utan att behöva följa med personal. Att byggnaden i huvudsak är i ett plan bidrar till att denna

utevistelse ger en öppen känsla och att gårdarna inte omsluts av en övre våning som gör att man känner sig bevakad.

Vårdmiljön ger patienten möjlighet att välja enskildhet eller gemenskap. Vårdrummet är patientens privata vrå med utblick mot omgivande natur.

Förflyttningar vid akut somatiskt omhändertagande sker via kulvert till centrala sjukhusbyggnaden.

Flexibilitet och generalitet

Flera funktioner kan använda samma typ av rum och att planera och bygga med denna grundtanke ger hållbarhet på sikt. När det gäller de administrativa lokalerna så bör aktivitetsbaserade arbetsplatser beaktas. Att kunna välja den typ arbetsplats som man för stunden behöver.

En läkande miljö

Vid olika diagnoser och tidpunkter i vårdprocessen har patienten olika behov av lugn och avskildhet. Lika viktigt är det att skapa platser för gemenskap och social samvaro.

En attraktiv och säker arbetsmiljö

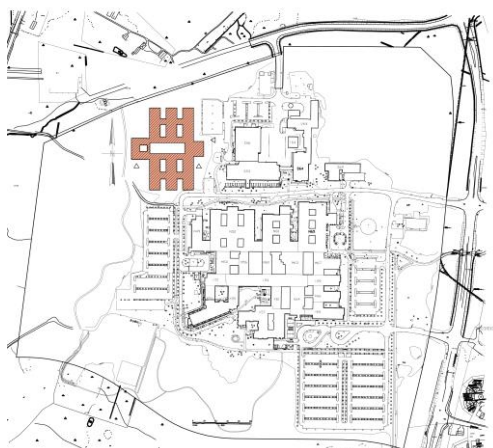
En attraktiv arbetsmiljö kan vara avgörande för att attrahera kompetenta medarbetare för att arbeta med heldygnsvård inom vuxenpsykiatri.

Det är viktigt att skapa en miljö med god överblickbarhet och säkerhetssystem som känns tryggt för personalen. Vårdmiljön skall motverka hot- och våld situationer t ex genom korta korridorer och plats för att gå undan. En sammanhängande enhet ger också snabbare undsättning vid larmsituationer.

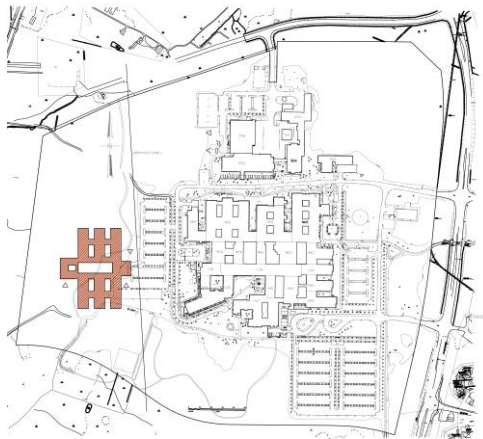
Samordningsvinster

Med en väl samordnad vuxenpsykiatri uppnås en betydligt högre säkerhet när det gäller undsättning vid larmsituationer. Det är lättare att rekrytera till en verksamhet med hög kompetensnivå med helhetstänkande från individ till byggnad och utemiljö.

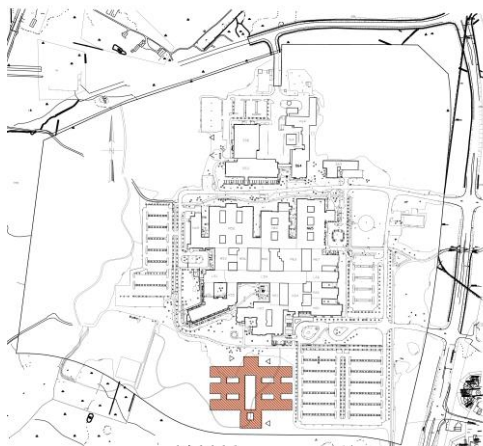
BYGGNADENS ALTERNATIVA PLACERINGAR PÅ TOMTEN



Nordväst



Väster



Söder

FASTIGHET

Energi

Västra Götalandsregionen ska halvera sin energianvändning i egna lokaler till 2030 jämfört med 1995. Ju lägre energibehovet är i alla nya byggnader som produceras fram till 2030, desto mindre blir behovet att minska energianvändningen i det befintliga beståndet. Västfastigheter har i sin konsekvensutredning ansatt ett genomsnittligt energimål för samtliga nya byggnader på 60 kWh/m². Med anledning av detta har Västfastigheter skapat anvisningar avseende energikrav i ombyggnader samt nybyggnader. Dessa anvisningar kommer att tillämpas i detta projekt.

TIDPLAN OCH UTGIFTER

Tidplan

- 2015 november nominering
- 2016 juni: Beslut 1
- 2017 kvartal 1: Systemhandling klar.
- 2017 kvartal 2: Beslut 2 (genomförande)
- 2018 kvartal 1: Upphandling klar.
- 2020 kvartal 3: Inflyttning

Area

Byggnaden omfattar totalt 12 900 m² (bruksarea BRA).

BRA: Bruksarean är alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas insida.

Kostnader

Beräknad investering, hyra samt redovisning av täckningsgrad utifrån kostnadsläge 2015.

	Investering	Ökad hyra	Täckningsgrad	Ofinansierad del.
Ny byggnad	430 mkr	20 mkr	65 %	11 mkr

Belopp avseende konstinvestering tillkommer med maximalt 4,3 mkr.

Utgifterna fördelas enligt tabell nedan:

2016	2017	2018	2019	2020	2021
2 mkr	30 mkr	138 mkr	160 mkr	100 mkr	

Handlingsalternativ

Ett alternativ är att inte flytta de två avdelningarna från Brinkåsen. Det finns ett antal möjliga placeringar på tomten

UTRUSTNING

Befintlig utrustning

Beräknar att behålla fungerande utrustning som uppdateras.

Nyanskaffningsbehov

20 mkr. Kostnadsläge 2015

VGR- IT

Ingår inte i kostnaden

DRIFTKOSTNAD

Beräknar inga ökade kostnader för personal. Transportkostnader mellan NÄL och Brinkåsen med medföljande personal upphör.

Ärende 8

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-21

Diarienummer NU 300-2015

Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Planeringsenheten

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709-41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Rapport Kronan – en utvärdering av NU-sjukvårdens hantering av händelserna i samband med skolattentatet 22 oktober 2015

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården noterar redovisningen av rapporten.
2. Styrelsen för NU-sjukvården uppdrar åt förvaltningen att återkomma med en handlingsplan utifrån rekommendationer i rapporten.

Sammanfattning av ärendet

Torsdagen den 22 oktober var på många sätt en vanlig dag i NU-sjukvården. Att ge avancerad sjukvård till fyra svårt skadade patienter är en del av vardagen för NU-sjukvårdens ambulans, akutmottagning och operationsavdelning, och det är vanligtvis inget som uppmärksammas av nationella och internationella medier. Men torsdagen den 22 oktober blev en högst ovanlig dag för många av NU-sjukvårdens medarbetare. Orsaken var att fyra patienter fick sina skador i samband med ett angrepp på skolan Kronan i Trollhättan.

Det hela utvecklades till den allvarligaste antagonistiska händelsen i skolmiljö i modern tid. För NU-sjukvården medförde händelsen att man stod inför en stor utmaning gällande det psykosociala omhändertagandet. Händelsen medförde att ett mycket stort antal anhöriga och berörda strömmade till sjukhuset. Ur ett säkerhetsperspektiv krävdes särskilda överväganden och åtgärder, då såväl offer som gärningsman vårdades på samma sjukhus. Händelsen krävde därför helt andra resurser och insatser av fler enheter än vad som normalt behövs för att vårda fyra patienter med livshotande skador. Sjukhuset försattes därför i ett förhöjt beredskapsläge, s.k. förstärkningsläge.

I efterförloppet beslutade sjukhusdirektören att förvaltningens agerande under händelsen skulle utvärderas av en opartisk analysgrupp. Syftet med analysen var:

- Klarläggande av skeenden och förvaltningens hantering av händelsen. Detta innefattar såväl organisation som medicinskt omhändertagande och omfattar hela kedjan från det prehospitala omhändertagandet till att vårdansvar överlämnas till annan förvaltning.
- Genomlysning av hur samarbetet mellan NU-sjukvården, övriga förvaltningar och Trollhättans stad fungerade.
- Utvärdering av PKL-organisationens insatser

- Utvärdering av kommunikation och media-hantering
- Värdering av hur NU-sjukvårdens katastrofplan fungerade i denna händelse.
- Utifrån utvärderingens resultat formulera förslag till åtgärder och beslut.

2016-04-07 överlämnade analysgruppen sin rapport till NU-sjukvården. I den fastslås att sjukhuset generellt löste flertalet av de utmaningar man ställdes inför väl, men man formulerar även ett antal förslag till förbättringar. NU-sjukvården avser att under resterande året systematiskt arbeta med åtgärder för att generellt stärka förvaltningens krishanteringsförmåga. Föreliggande rapport kommer här att ge värdefullt underlag.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Bilaga

- Rapport Kronan, dnr NU 300-2015.

Besluten skickas till

- Diariet
- Planeringschef Anders Kullbratt

Ärende 9

Tjänsteutlåtande

Datum 2016-04-19

Diarienummer NU

Västra Götalandsregionen**NU-sjukvården/Område I**

Handläggare: Magnus Kronvall

Telefon: 0761-07 10 35

E-post: magnus.kronvall@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

Förlängd sommarstängning dialysverksamheten Strömstad

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Dialysverksamheten i Strömstad kommer att ha förlängd sommarstängning från 1 maj till 30 september. Under perioden är verksamheten samlokaliserad på NÄL.

Sammanfattning av ärendet

Förvaltningen önskar tillfälligt flytta dialysmottagningen i Strömstad till NÄL från 1 maj till och med 30 september 2016. Normalt brukar dialysen i Strömstad stänga under sommaren, så detta kan ses som en förlängd sommarstängning.

Fördjupad beskrivning av ärendet (om det behövs)

Dialysverksamheten på NÄL har för närvarande många patienter och en hög arbetsbelastning per sjuksköterska.

De två sjuksköterskorna som bemannar dialysmottagningen i Strömstad behövs därför i nuläget på NÄL för att upprätthålla verksamheten, så att alla patienter i NU-sjukvårdens upptagningsområde kan få adekvat dialys.

För närvarande har dialysmottagningen i Strömstad fyra patienter, av dessa bor en person i Strömstad. De andra patienterna bor i andra kommuner, där resan blir i stort sett lika lång vare sig de får sin behandling i Trollhättan eller i Strömstad.

Mottagningen försöker ständigt hitta patienter som kan flyttas till Strömstad, men i nuläget finns ingen som kan eller vill flytta sin behandling till Strömstad.

Från	Avstånd till Strömstad, km	Restid	Avstånd till Trollhättan, km	Restid
Billingsfors	93,9	1 h 29 min	98,1	1 h 34 min
Kungshamn	90,7	1 h 12 min	86,7	1 h 14 min
Brastad	79,6	0 h 59 min	75,7	1 h 01 min
Strömstad	0	0	123,8	1 h 25 min

Dialysmottagningen undersöker möjligheten till gästdialys i Norge för den patient, som bor i Strömstad.

NU-sjukvården

Lars Wiklund
Sjukhusdirektör

Magnus Kronvall
Områdeschef

Besluten skickas till

- Diariet
- Magnus Kronvall, områdeschef område I

Informationsärende A

Info-ärende A

AVD	47		57		64		67		95		96		Medeltal	
ÅR Månad	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
Januari	110,6	87,7	106	102,8	100,2	101,4	120,5	111,1	89,4	93,5	89,4	93,8	102,7	98,4
Februari	100,2	92,6	100,9	99,8	105,6	104,9	106,2	101,3	92,6	84,7	88,4	91,8	99,0	95,9
Mars	107,4	69,8	91,6	71	95,8	72,2	93,8	83,4	89,9	85,3	88,2	87,1	94,4	78,1
April		84,3		88		90,4		97,9		84		83,1		
Maj		84,8		75,9		85,3		79,3		88,2		85,7		
Juni		92,5		95,3		89,8		101		95,5		91,9		
Juli		73		88,3		88,9		112		85,5		84,1		
Augusti		96,1		96		96		109,7		83,4		85		
September		107,6		98,4		101,5		116		96,2		88,6		
Oktober		100,9		98,3		96,6		112,4		95,4		94,2		
November		108,3		100,9		98,5		121		92,9		91,7		
December		110,6		102,4		103,6		113,8		87,6		85		

Beläggning allmänpsykiatri totalt År 2014 = 92,04 %, År 2015 = 86,68 %

