

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

31 maj 2017

## Föredragningslista

# Sammanträde med styrelsen för NU-sjukvården den 31 maj 2017

**Plats:** Konferensrum Flygeln, NÄL

**Tid:** Kl. 09:30-15:00

## Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare (i tur att justera Yngve Johansson, ersättare Elise Norberg Pilhem)
- Justeringsdatum 2017-06-14

## Beslutsärenden

1. Delegeringsbeslut  
Diarienummer NU 2017-00086
2. Anmälningssärenden  
Diarienummer NU 2017-00087
3. Yttrande avseende revisionsrapport - Granskning av bisysslor i Västra  
Götalandsregionen (bilaga)  
Diarienummer NU 217-00303  
Ingen föredragning planeras
4. Yttrande avseende revisionsrapport - Granskning av jämlik cancervård –  
professionernas styrning (bilaga)  
Diarienummer NU 2016-00751  
Ingen föredragning planeras
5. Hyresavtal ny ambulansstation Lysekil (bilaga)  
Diarienummer NU 2016-00525  
Föredragande: Anders Kullbratt
6. Rapport angående tillgänglighet, personal och ekonomi, april 2017 (bilaga)  
Diarienummer NU 2017-00176  
Föredragande: Sven Florström
7. Tillgängligheten april 2017 (bilaga)  
Diarienummer NU 2017-00442  
Föredragande: Sven Florström
8. Uppföljning vårdöverenskommelse (VÖK) 2017 (bilaga)  
Diarienummer NU 2016-00519  
Föredragande: Sven Florström

9. Strategi vårdöverenskommelse (VÖK) 2018 (bilaga)  
Diarienummer NU 2017-00433  
Föredragande: Sven Florström

10. Övriga frågor

## Informationsärenden

- A. Information från presidiet
- B. Information från sjukhusdirektören
- C. Studie av MÄVA-konceptet – *kl 13:00*  
Föredragande: Niklas Ekerstad, med dr, överläkare kardiologkliniken NU-sjukvården
- D. NU-sjukvårdens utvecklingsplan (bilaga)  
Föredragande: Niklas Claesson
- E. Uppdatering kring säkerhet- och beredskapsarbetet i NU-sjukvården  
Föredragande: Anders Kullbratt

Marith Hesse  
Ordförande

## Tänk på miljön

Res gärna kollektivt ([www.vasttrafik.se](http://www.vasttrafik.se)).

# Ärende 1

## Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 31 maj 2017

### 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

- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, mars och april, dnr NU 2017-00302-3
- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2017-05-24

### Fastighet

-

### Kansli

-

### Personal

- Anställning av personal – Anställningsbeslut april, 2017-05-12
- Sammanställning av godkända och förbjudna bisysslor, område I, 2017-05-24, dnr NU 2017-00447
- Sammanställning av godkända och förbjudna bisysslor, område III, 2017-05-24, dnr NU 2017-00310

### Verksamhet

- Omfördelning av antal fastställda vårdplatser avdelning 35 och avdelning 37, dnr NU 2017-00430
- Vårdplatser barn- och ungdomspsykiatri slutenvård, dnr NU 2017-00431

# Ärende 2

## Anmälningssärenden 31 maj 2017

### Förslag till beslut

#### Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över anmälningssärenden läggs till handlingarna.

### Inkomna skrivelser

- Skrivelse från kommittén för Dalslands sjukhus om dialysmottagning vid Dalslands sjukhus, dnr NU 2017-00444
- Brev från undersköterskorna på akuten NÄL, dnr NU 2017-00441-1

### Regionfullmäktige

- Regionfullmäktige, 2017-04-04, § 44, Utredning om alarmeringstjänst i Västra Götalandsregionen, dnr NU 201700260-4
- Motion - Att införa chefskörkort för chefer, dnr NU 2017-00445
- Regionfullmäktige, 2017-04-04, § 41, Bokslutsdispositioner 2016, dnr NU 2017-448
- Regionfullmäktige, 2017-04-04, § 42, Årsredovisning 2016, dnr NU 2017-00449
- Regionfullmäktige, 2017-04-04, § 40, Revisionsberättelse för 2016 års verksamhet, dnr NU 2017-00450

### Regionstyrelsen

- Regionstyrelsen, 2017-04-11, § 90, Uppföljning av nämnders planer för intern kontroll 2017, dnr NU 2017-00443

### Övriga styrelser och nämnder

-

### Övrigt

- Arbetsmiljöverket, 2017-04-21, Möjlighet till yttrande enligt 17§ förvaltningslagen, dnr NU 2016-00387-2
- Arbetsmiljöverket, svar angående möjlighet till yttrande, dnr NU 2016-00387-3
- Arbetsmiljöverket, föreläggande i mål nr 10478-17, 2017-05-15, dnr NU 2016-387-5
- Remiss – Förslag till överenskommelse och gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, dnr NU 2017-00446

# Ärende 3

## Tjänsteutlåtande

Datum 2017-05-08

Diarienummer NU 2017-00303

## Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/HR-enheten

Handläggare: Lotta Höök

Telefon: 010-435 68 45

E-post: charlotta.hook@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

# Yttrande avseende revisionsrapport – Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen

## Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Styrelsen för NU-sjukvården antar tjänsteutlåtande daterat 2017-05-08 att utgöra svar till revisorskollegiet.

## Sammanfattning av ärendet

Vid revisorernas årliga granskning av nämnder och styrelser under 2015 noterades det att det finns medarbetare i regionen som har bisysslor i vårdbolag som regionen tecknat vårdavtal med. Fokus för granskningen har legat på läkares bisysslor. Granskningen syftade till att belysa följsamheten till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. NU-sjukvården var en av tre granskade förvaltningar. Resultatet ifrån analysen visar att 29 medarbetare inom regionen har bisyssla. Av dessa är 3 anmälda och godkända.

Granskningen visar att det finns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor och att den kontinuerliga uppföljningen brister i att alla chefer inte följer upp förekomst av bisysslor vid utvecklingssamtal. Indikationer på icke anmäld bisyssla följs inte alltid upp. Kontroller av bisysslor är bristfälliga. Mot bakgrund av ovanstående lämnar revisorerna ett antal rekommendationer för att förbättra styrningen. Rekommendationerna handlar om att skärpa uppföljningen av bisysslor vid de årliga utvecklingssamtalen. Formalisera och dokumentera de kontroller av bisysslor som sker. Identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man har som medarbetare gällande bisysslor.

## Förslag till åtgärder

Bisysslor ingår i internkontrollplanen och åtgärder föreslås vara implementerade under hösten 2017.

- Säkerställ att utbildning/information kring Västra Götalandsregionens/NU-sjukvårdens riktlinjer för bisysslor finns med vid introduktion av nya chefer.
- Uppdatera checklisten för anställning av nya medarbetare med en punkt om att informera och fråga om bisyssla.
- Uppdatera hemsidan med tydlig och samlad information kring bisysslor.

- Införa enklare sätt att anmäla bisyssla digitalt och även förbättra möjligheterna till internkontroll.
- Informera i linjen (chefer och medarbetare) via HR-enheten om riktlinjerna för bisysslor. Upprätta APT-material för chefer att använda vid behov.
- Befintliga riktlinjer kompletteras med mer formell uppföljning av bisysslor för att säkerställa att inte någon bisyssla är missad.
- HR-enheten ska vara uppdaterad och påläst avseende riktlinjerna för bisysslor genom workshops och föreläsningar, för att på så sätt sprida kunskap om bisysslor på alla chefsnivåer.
- Vid behov bistå chefer med råd om bisysslor vid möte med lönerådet.

## Uppföljning

Uppföljning sker via NU-sjukvårdens interna kontrollplan. Resultatet av den interna kontrollen redovisas till styrelsen för NU-sjukvården.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Maria Aleniusson  
HR-chef

## Bilaga

- Revisionsrapport – Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen.

## Besluten skickas till

- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Revisorskollegiet, [revision@vgregion.se](mailto:revision@vgregion.se)
- HR-chef, [maria.aleniusson@vgregion.se](mailto:maria.aleniusson@vgregion.se)

**Följebrev, Granskning av bisysslor i  
Västra Götalandsregionen**

Datum 2017-03-15

Diarienummer REV 2016–00167  
(REV 41-2016).

Västra Götalandsregionen

Revisionsenheten

Handläggare: Kari Aartojarvi

Telefon: 070-513 83 10

E-post: [kari.aartojarvi@vgregion.se](mailto:kari.aartojarvi@vgregion.se)

---

Till Regionstyrelsen och samtliga sjukhusstyrelser

## Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen

Vid revisorernas årliga granskning av nämnder och styrelser under 2015 noterades att det finns medarbetare i regionen som förefaller ha bisysslor i vårdbolag som regionen tecknat vårdavtal med. Sådana bisysslor riskerar att bryta mot regionens regelverk för bisysslor. Bisysslor av detta slag riskerar också att menligt påverka regionens egen verksamhet och ekonomi. Det finns en risk för att nämnder och styrelser har en bristande intern kontroll avseende följsamheten till beslutade riktlinjer och rutiner.

Revisorerna har anlitat KPMG AB för att granska förekomsten av bisysslor i Västra Götalandsregionen. Fokus i granskningen har legat på läkares bisysslor. Granskningen syftar till att belysa följsamheten till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor. Granskningen kontrollerar om regionens riktlinjer för bisysslor är ändamålsenliga och om styrmodellen för bisysslor är effektiv och heltäckande.

Granskningen har identifierat personal hos kontrakterade externa vårdgivare och kontrollerat om dessa är anställda inom regionen. Dokumentstudier samt intervjuer med representanter inom regionen har genomförts för att identifiera hantering och rutiner av bisysslor. Utöver granskningen av rutiner har KPMG även gjort en dataanalys baserad på data från regionens PA-system. Analysen visar hur många av regionens medarbetare som har bisyssla hos de utvalda externa sjukvårdsleverantörerna. Resultatet från analysen visar att 29 medarbetare inom regionen har bisyssla. Av dessa är 3 anmälda och godkända.

Granskningen visar att det finns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor och att den kontinuerliga uppföljningen brister i att alla chefer inte följer upp förekomst av bisysslor vid utvecklingssamtal. Indikationer på ej anmäld bisyssla följs inte alltid upp. Kontroller av bisysslor är bristfälliga. Det finns kontroller av bisysslor men dessa kontroller sker med allt för stora intervall. Uppföljning av existerande bisysslor sker i ringa omfattning utan att dokumenteras.

I rapporten lämnas rekommendationer som är riktade till Sahlgrenska Universitets-sjukhuset, NU-sjukvården och Kungälv's sjukhus. Även övriga sjukhus inom regionen

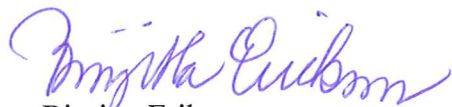
rekommenderas att kontrollera om slutsatser och rekommendationer är applicerbara i den egna organisationen. Rekommendationerna handlar bland annat om att skärpa uppföljningen av bisysslor och formalisera och dokumentera de kontroller av bisysslor som sker. Sjukhusstyrelserna rekommenderas också att identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man som medarbetare har gällande bisysslor.

Revisorskollegiet vill också rikta en rekommendation till regionstyrelsen att utveckla uppföljning och kontroll av efterlevnaden av riktlinjerna för bisysslor.

Revisorskollegiet vill dessutom rikta en uppmaning till hälso- och sjukvårdsstyrelsen och samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder att verka för att förfrågningsunderlag m.m. vid upphandling av vård från externa vårdgivare utformas på ett sådant sätt att det säkerställer att vårdgivare som regionen tecknar avtal med inte använder sig av medarbetare anställda i regionen som inte har godkänd bisyssla enligt regionens regelverk.

Revisorskollegiet emotser en redovisning från regionstyrelsen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården och Kungälvssjukhus avseende vilka åtgärder ni avser att genomföra. Vi bedömer det som allvarligt att den interna kontrollen avseende bisysslor brister.

För revisorskollegiet



Birgitta Eriksson  
Ordförande



Ulf Sjösten  
Vice ordförande

**Kopia till:**

Regionfullmäktiges presidium  
Samtliga politiska sekreterare  
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör  
Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör  
Joakim Björk, ekonomidirektör  
Eva Arrdal, direktör koncernstab utförarstyrning och samordning  
Marina Olsson, personaldirektör  
Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning  
Rolf Ottosson, avdelningschef verksamhetsuppföljning  
Johan Flarup, avdelningschef koncernavdelning ärendesamordning och kansli  
Elisabet Ericsson, koncernavdelning ärendesamordning och kansli  
Ann-Marie Wennberg, sjukhusdirektör, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Lars Wiklund, sjukhusdirektör, NU-sjukvården  
Ann-Marie Schaffrath, sjukhusdirektör, Södra Älvsborgs sjukhus  
Jörgen Thorn, sjukhusdirektör, Skaraborgs sjukhus  
Magnus Karlsson, sjukhusdirektör, Kungälvssjukhus  
Hans Holmberg, sjukhusdirektör, Alingsås lasarett  
Madeleine Andersson, sjukhusdirektör, Frölunda Specialistsjukhus  
Hans Svensson, sjukhusdirektör, Angereds Närsjukhus

# Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen

Diarienummer REV 2016-00167

Genomförd av: KPMG

Behandlad av revisorskollegiet den 15 mars 2017



Västra Götalandsregionen, Revisionsenheten

# Granskning av bisysslor i Västra Götalandsregionen

---

2017-02-20





# Sammanfattning

# Sammanfattning

### Bakgrund och syfte

Revisorerna har inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att regionen under senare år tecknat ett flertal vårdavtal med regionexterna vårdgivare, ofta vårdbolag, i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Det övergripande syftet med uppdraget är att granska följsamhet till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor.

### Tillvägagångssätt

Granskningen har identifierat personal hos kontrakterade externa vårdgivare och kontrollerat om dessa är anställda inom Västra Götalandsregionen ("Regionen"). Vi har även genomfört dokumentstudier och intervjuer med representanter inom Regionen för att identifiera hantering och rutiner av bisysslor.

### Rutiner för hantering av bisysslor

Granskningen kontrollerar om Regionens riktlinjer för bisysslor är ändamålsenliga och om styrmodellen för bisysslor är effektiv och heltäckande.

Befintlig dokumentation, intervjuer och granskning av inlämnade handlingar rörande bisysslor har legat till grund för denna analys.

### Kartläggning av bisysslor

Utöver granskningen av rutiner har KPMG även gjort en dataanalys baserad på data från Regionens PA-system.

Analysen visar hur många av Regionens medarbetare har bisyssla hos de utvalda externa sjukvårdsleverantörerna. Resultatet från analysen visar att 29 medarbetare inom Regionen har bisyssla. Av dessa är 3 anmälda och godkända.

# Sammanfattning

### Slutsatser

- Det finns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor. Enbart 3 av 29 identifierade bisysslor har varit anmälda, godkända och diarieförda.
- Den kontinuerliga uppföljningen brister i att alla chefer inte följer upp förekomst av bisysslor vid utvecklingssamtal. Indikationer på ej anmäld bisyssla följs inte alltid upp.
- Kontroller av bisysslor är bristfälliga. Det finns kontroller av bisysslor men dessa kontroller sker med allt för stora intervall. Uppföljning av existerande bisysslor sker i ringa omfattning utan att dokumenteras. Hos Sahlgrenska Universitetssjukhus ("SU") förekommer också ej formaliserade kontroller av bisysslor hos externa vårdgivare men omfattningen är ringa.
- Det saknas en uppföljning centralt från VGR avseende bisysslor.

### Rekommendationer

Rekommendationerna riktar sig mot till de sjukhusstyrelser vi granskat, SU, NU och Kungälv's lasarett. Vi rekommenderar dock att samtliga sjukhusstyrelser inom regionen kontrollerar om våra slutsatser och rekommendationer är applicerbara i den egna organisationen.

- Skärp uppföljningen av bisysslor vid de årliga utvecklingssamtalen.
- Formalisera och dokumentera de kontroller av bisysslor som sker.
- Regionen bör införa central uppföljning och kontroll av efterlevnaden av Riktlinjerna för bisysslor samt tydligt visa och kommunicera vilka följder otillåten bisyssla kan komma att ge.
- Identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man som medarbetare har gällande bisysslor.

# Innehållsförteckning

**KPMG kontaktpersoner:**

**Richard Elmersson**

KPMG Forensic Göteborg

Tel: +46-31-61 48 00

Mob: +46-733-27 20 36

**Martin Krüger**

KPMG Forensic Stockholm

Tel: +46-8-723 91 99

Mob: +46-705-27 47 60

**Introduktion och genomförande**

**S. 6**

**Rutiner för hantering av bisysslor**

- Riktlinjer för anställdas bisysslor
- Styrmodell för bisysslor

s. 10

s. 11

**Kartläggning av potentiella bisysslor inom Västra Götalandsregionen**

- Tillvägagångssätt för kartläggning
- Identifierade bisysslor
- Hantering av bisysslor

s. 14

s. 15

s. 17

**Slutsatser och rekommendationer**

**s. 22**



# Introduktion och genomförande

# Bakgrund, syfte och metod

## Bakgrund

Revisionen gjorde våren 2014 en uppföljande granskning av en tidigare granskning av bisysslor, utförd av KPMG våren 2013, som visade på fortsatt bristande följsamhet till rutiner för godkännande av bisysslor.

Granskningarna bidrog till att regionen gjorde en översyn av riktlinjer och rutiner avseende bisysslor för anställda inom Västra Götalandsregionen ("Regionen").

Revisorerna har inom ramen för årlig granskning av nämnder och styrelser noterat att regionen under senare år tecknat ett flertal vårdavtal med regionexterna vårdgivare, ofta vårdbolag, i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård. I samband med granskning av några av dessa vårdavtal har revisorerna upptäckt att några nämnder och styrelser har medarbetare som förefaller ha bisysslor i dessa bolag. Sådana bisysslor riskerar att bryta mot regionens regelverk för bisysslor. Bisysslor av detta slag riskerar också att menligt påverka regionens egen verksamhet och ekonomi.

Det finns en risk för att nämnder och styrelser har en bristande intern kontroll avseende följsamheten till beslutade riktlinjer och rutiner. Med anledning av det ser revisorerna det som angeläget att göra en mer grundlig granskning av om regionens medarbetare verkar inom vårdbolag som regionen har avtal med.

## Genomförande

KPMG har genomfört granskningen av bisysslor under perioden juni till december 2016.

## Syfte

Det övergripande syftet med uppdraget är att granska:

- Följsamhet till regionens regelverk vad gäller anmälan och godkännande av tillsvidareanställda läkares bisysslor.

## Övergripande metod

Granskningen har genomförts med dokumentstudier och intervjuer med representanter i utvalda verksamheter. Personal i externa vårdgivare har kartlagts och dataanalyser har gjorts för att identifiera anställning inom Regionen.

## Avgränsningar

Granskningen begränsas till att granska hälso- och sjukvårdspersonalens eventuella bisysslor då risken för otillåtna bisysslor, samt konsekvenserna om så är fallet, bedöms vara störst för denna personalgrupp. Ett preliminärt urval av de vårdbolag regionen tecknat vårdavtal med inom specialistsjukvård har valts ut för denna granskning samt följande sjukhus; Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU), Kungälv Lasarett och NU-sjukvården (Norra Älvsborgs Länssjukhus, Trollhättan sjukhus och Uddevalla Sjukhus).

Granskningen har inte studerat innehåll, upplägg och annan information kring de bisysslor som identifierats. Vi har inte tagit ställning till om identifierade bisysslor bryter mot dokumentet "Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och den offentliga hälso- och sjukvården och dess medarbetare".

# Revisionsfrågor och revisionskriterier

## Revisionsfrågor

Revisionsfrågorna i granskningen berör bisysslor inom områdena implementering av riktlinjer, följsamhet mot riktlinjer samt kontroll och uppföljning. Följande revisionsfrågor ska besvaras:

- Är regionens riktlinjer för bisysslor kända och kommunicerade?
- Tillämpas regionala rutiner för anmälan och godkännande av bisysslor och finns det kompletterande lokala rutiner avseende bisysslor?
- Följs tillämpningen av riktlinjer och rutiner upp och i så fall med vilken frekvens?
- Finns kontroller av medarbetares eventuella engagemang i regionexterna vårdbolag?
- Har otillåtna bisysslor upptäckts vid kontrollerna och, i så fall, vilka åtgärder har vidtagits med anledning av det?
- Sker en rapportering till förvaltningsledningen och till utförarstyrelse av uppföljning av bisysslor?

## Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning har utgjorts av:

- Kommunallagen 6 kap § 7 om intern kontroll
- VGR:s riktlinjer och rutiner avseende bisysslor
- VGR:s riktlinjer och rutiner för intern kontroll
- Lag (1994:260) om offentlig anställning

## Intervjupersoner

Följande funktioner har intervjuats under granskningen:

- Personalansvariga för läkare på berörda sjukhus, 5 stycken.
- HR chef Sahlgrenska Universitetssjukhus

## Insamlat material

Under granskningen har en stor mängd dokumentation avseende hanteringen av bisysslor samlats in och analyserats. Exempel på sådant dokumentation är:

- Sammanställning av bisysslor från regionen
- Blanketter för anmälan/godkännande av bisysslor
- Riktlinjer, policies och annan styrande dokumentation kring bisysslor.



# Rutiner för hantering av bisysslor

# Riktlinjer för anställdas bisysslor

## Riktlinjer för bisysslor

Regionen har fastställda riktlinjer för bisysslor, hädanefter "riktlinjer" eller "riktlinjerna", senast reviderade 2014-10-07. Dessa riktlinjer beskriver Regionens generella syn på bisysslor, vad som anses som icke tillåtna bisysslor samt linjechefernas ansvar för beslut och uppföljning av kända bisysslor.

Regionens definition av icke tillåtna bisysslor bygger på AB (kollektivavtalet Allmänna bestämmelser) samt LOA (lag 1994:260 om offentlig anställning) och kan delas in i tre kategorier:

1. Förtroendeskadliga bisysslor
2. Arbetshindrande bisysslor
3. Konkurrerande bisysslor

Till riktlinjerna finns även en bilaga med exemplifieringar av olika typer av bisysslor samt om dessa generellt sett är tillåtna eller ej.

## Ansvar för uppföljning och bedömning

Riktlinjerna anger att en arbetstagares bisysslor ska vara kända och löpande följas upp av närmsta chef. Uppgifter om bisysslor ska ingå som en del av anställningsintervjun och därefter följas upp vid årliga utvecklings- och planeringsamtal.

Inom respektive förvaltning ansvarar förvaltningschefen för att fastställa beslutsgången vid förbud av, eller medgivande om, att utöva en bisyssla.

## Vad är en bisyssla?

Regionens grundinställning till vad som utgör en bisyssla lyder: *"Med bisyssla avses i princip varje syssla eller verksamhet som en arbetstagare har vid sidan av sin anställning och som inte kan hänföras till privatlivet"*. Således omfattar begreppet bisysslor en stor mängd sysslor eller verksamheter.

Exempel på engagemang som, enligt Regionens riktlinje, utgör bisysslor men där det föreligger en risk för att de ej anmäls kan vara:

- Förtroendeuppdrag inom ideella organisationer
- Engagemang i föräldrakooperativ

Det är även viktigt att påpeka att det ej krävs ekonomisk ersättning för att en aktivitet skall kunna anses utgöra en bisyssla.

## KPMGs bedömning

Efter uppdatering av riktlinjerna år 2014 innehåller dessa nu en bilaga som exemplifierar bisysslor och hjälper organisationen att bedöma bisysslor. Denna bilaga är tydlig och tillför extra stöd vid bedömning av om en bisyssla är tillåten.

Det finns andra riktlinjer och överenskommelser kring bisysslor som berör sjukvård och läkare. Regionens riktlinjer innehåller hänvisning till AB (kollektivavtalet Allmänna bestämmelser) men bör även hänvisa till *"Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och den offentliga hälso- och sjukvården och dess medarbetare"*.

# Styrmodell för bisysslor

### Styrmodell för bisysslor

Den styrmodell som tillämpas inom Regionen bygger på att riktlinjer fastställs centralt för att sedan tillämpas decentraliserat. Inom respektive förvaltning är förvaltningschefen ytterst ansvarig för uppföljning och beslut rörande bisysslor.

### Uppföljning av bisysslor

Uppföljning av bisysslor sker på förvaltningsnivå vid två olika tillfällen; dels vid anställningsintervjun och dels vid de årliga utvecklings- och planeringssamtalen. Utöver denna uppföljning åligger det anställda inom Regionen att själva anmäla bisysslor.

NU har som rutin att vid områdesledningsmöten, som sker årsvis, påminna att ta upp frågan om bisysslor vid utvecklingssamtalen.

Förutom kontrollen vid utvecklingssamtal görs ingen kontroll om någon anställd har en bisyssla som de inte har anmält. Skulle en chef få kunskap om en icke anmäld bisyssla anmodas vederbörande fylla i blankett för anmälan och bedömning.

På Sahlgrenska Universitetssjukhus (SU) har man från HR avdelningen, efter gällande regler från regionen, implementerat ytterligare kontroller. Vartannat år skickar HR avdelning ut en enkät med syfte att inventera om den anställda har bisyssla och om den i så fall är anmäld. Om den inte är anmäld anmodas den anställda att fylla i en anmälan om bisyssla för bedömning och beslut. Vid senaste kontrollen, 2014, inkom över 200 anmälningar om bisysslor.

Samma HR avdelning gör också sporadiska kontroller mot externa vårdgivare för att identifiera anställda inom Regionen. Resultatet av dessa kontroller är okänt.

På Kungälv's lasarett skickar ansvarig chef ut information om att anställda skall inkomma med bisysslor med syfte att inventera antalet bisysslor. När denna anmodan skickades ut 2014 inkom ett antal ej tidigare anmälda bisysslor.

Det sker ingen central uppföljning av efterlevnad av Riktlinjer för bisysslor.

### Beslut om bisysslors lämplighet

Beslutsgången vid utvärdering av bisysslors lämplighet fastställs av respektive förvaltningschef. Det är vanligt förekommande att beslut om bisyssla delegeras till HR ansvarig. För råd och stöd i bedömning skall intervjuade chefer vända sig till närmaste chef eller ansvarig för HR.

Inom SU och NU har man skapat ett bisyssleråd vilket på SU är sammansatt av HR direktör, en områdeschef och tre verksamhetschefer. Dessa råd används då organisationen behöver stöd i frågor kring bisysslor. HR chefen inom SU använder sig av detta råd vid ett par tillfällen per år.

### Sammanställning av information

Inom SU sammanställer HR avdelningen bisyssleärenden och diarieför detta kvartalsvis. Detta förfarande är likvärdigt inom de andra enheter där vi genomfört intervjuer men som ligger utanför SU.

# Styrmodell för bisysslor

### Förebyggande arbete och identifiering av bisysslor

Vid intervju med ansvariga chefer framkom det att vissa enheter arbetar förebyggande med bisysslor. Genom en noggrann utvärdering av en läkare inför anställning tillsammans med tydliga instruktioner minskas risken för olovliga bisysslor.

Intervjuade chefer uppger att de tar upp frågan om bisysslor vid anställning och i stor utsträckning vid det årliga utvecklingssamtalet. Några respondenter svarade att frågan om bisysslor kan ha glömts bort vid det årliga utvecklingssamtalet. Intervjuade chefer är samstämmiga i uppfattningen att det är den anställdes ansvar att själv rapportera bisyssla, det finns också en uppfattning hos flera chefer att det inte är deras uppgift att kontrollera förekomsten av bisyssla.

### KPMGs bedömning

KPMG bedömer styrning och uppföljning av bisysslor inom granskade verksamheter som bristfällig då bisysslor i stor utsträckning inte anmäls av den anställda. Uppföljning av beviljade bisysslor sker inte heller på de enheter vi har intervjuat.

Den kontroll som HR inom SU har infört där anställda uppmanas inkomma med bisysslor är nödvändig. Denna kontroll gör att ett stort antal bisysslor anmäls, däremot är det oklart hur stor andel av alla bisysslor kontrollen fångar.

Det faktum att många bisysslor anmäls då HR avdelningen genomför inventeringar indikerar också att kontroll av bisyssla vid utvecklingssamtal är bristfällig. Det har också framkommit att chefer fått indikationer på ej anmälda bisysslor men ej agerat på denna information.

Vid upptäckt av ej anmäld bisyssla anmodas läkaren fylla i en blankett för bedömning av om bisysslan är tillåten eller ej. Det har enbart förekommit en muntlig reprimand då otillåten bisyssla identifierats. Det saknas vidare instruktioner eller diskussion om reprimander om otillåtna bisysslor identifieras.

Vidare bedöms rutinen kring hantering av bisysslor bristfällig då det saknas aktiv dialog kring bisysslor. Utan dialog får frågan om bisysslor mindre fokus vilket i sin tur kan leda till att den anställda ser frågan som mindre viktig och därmed inte bryr sig om att anmäla en bisyssla.

Det råd SU och NU skapat är ett bra och viktigt initiativ för att hantera de svåra gränsdragningar som kan uppstå vid bedömning av bisysslor. Det sänder också en signal till organisationen att bisysslor är viktigt och att kontroll och uppföljning sker.

Det är Regionen som har tagit fram riktlinjer för bisysslor. Vi kan konstatera att det inte sker någon uppföljning kring efterlevnad av riktlinjerna centralt från Regionen.



# Kartläggning av potentiella bisysslor inom Västra Götalandsregionen

# Tillvägagångssätt för kartläggning

### Metod för identifiering av potentiella bisysslor

Regionens revisorer har valt ut tolv externa leverantörer av sjukvård där KPMG har kartlagt deras medarbetare. I kartläggningen har vi använt oss av den externa vårdgivarens hemsida där personal ofta, men inte alltid, presenteras.

Därefter har kontroll skett om identifierad personal på externa vårdgivare är anställda inom Regionen. Vi har fått information från Västra Götalandsregionens PA system, Heroma, och underlaget har varit samtliga anställda, exklusive förtroendevalda. Med anställning menar vi personer med heltidsanställning eller timanställning.

### Kontroll av om identifierad bisyssla är hanterad enligt Regionens riktlinjer

De personer som har en anställning inom Regionen och även återfinns hos de granskade externa vårdgivarna har kontrollerats vidare. KPMG har intervjuat personalansvarig chef och kontrollerat om bisysslan är anmäld och i så fall hur den har dokumenterats internt samt om diarieföring skett. Vid intervjutillfället har KPMG också kartlagt hur den aktuella enheten arbetar med och hanterar bisysslor.

Vid intervju med personalansvarig chef har allmänna omständigheter diskuterats, förfarandet kring att informera om, upptäcka, bedöma och hantera, bisysslor.

Riktlinjer för bisysslor har legat till grund för intervju och bedömning men även andra omständigheter har diskuterats med syfte att identifiera brister och förbättringsområden med gällande riktlinjer för bisysslor.

### Avgränsningar

De identifierade anställda på externa vårdgivare utgör inte nödvändigtvis samtliga anställda på dessa bolag. Vi har enbart tagit med de personer vi kunnat identifiera på bolagens hemsidor.

### Kommentar till metoden

- Vi har intervjuat chefer till 55 % av de anställda med identifierade bisysslor.
- Det kan finnas fler medarbetare på de externa vårdgivarna som också är anställda inom Regionen som ej kunnat identifieras.
- Då vi fått in ett begränsat underlag av anmälda bisysslor har vi valt att titta på fler anmälningar om bisysslor, anmälningar som inte avser de 13 externa vårdgivare som ingått i vår granskning. Syftet med denna utökning är att kunna uttala oss om kvaliteten i anmälan av bisyssla.
- Flera av de personer vi identifierat i vår kartläggning har avslutat sin anställning inom Regionen. Icke desto mindre har de varit anställda och haft en icke anmäld bisyssla parallellt med sin anställning inom Regionen.

# Identifierade bisysslor

### Resultat i kartläggning

De utvalda externa vårdgivarna vi granskat har presenterat 148 medarbetare på sina hemsidor. Av dessa är, eller har, 29 personer varit avlönade av Regionen under 2016 enligt uppgifter från regionens PA system Heroma. Av dessa 29 personer har 4 ansökt om bisyssla. Av de 4 ansökningarna är 3 korrekt ifyllda. I den ansökan som ej är korrekt ifylld uppges inte vilket företag bisysslan avser. Av de tre korrekta ansökningarna är samtliga godkända.

Av de 29 personer som identifierats är samtliga läkare. Av de 29 identifierade läkarna återfinns 12 inom specialiteterna ögonläkarvård och handkirurgi.

Orsakerna till omfattningen av bisysslor i vissa specialiteter kan vara många. Det begränsade underlaget av godkända bisysslor gör att vi inte kan uttala oss med säkerhet men en delförklaring kan vara rådande marknadsläge då dessa specialiteter är eftertraktade och att det inte är ovanligt med förmånliga jobberbjudanden till dessa läkare. Erbjudandena är inte sällan för kortare tjänstgöringsperioder eller anställning på timmar i externa bolag, andra regioner, landsting eller kommuner.

Ett exempel på erbjudande vi tagit del av visar på ett finansiellt lukrativt erbjudande med flexibilitet i att läkaren blir anställd eller fakturerar från eget bolag i ett landsting i norra Sverige.

Antal utvalda externa vårdgivare	Antal identifierade anställda i extern vårdgivare	Av vilka har anställning inom Regionen	Av vilka har godkänd bisyssla
12	148	29	3*
		20 %	10 %

Att arbeta på en extern vårdgivare är att klassificeras som bisyssla och därmed skall en anmälan om bisyssla inlämnas till organisationen för prövning. Huruvida bisysslan är tillåten är upp till förvaltningschef, eller den som fått beslutet delegerat till sig, att avgöra.

De läkare med godkända bisysslor hanterar enligt uppgift enbart patienter med privat sjukförsäkring alternativt att det bara är patienter från andra regioner än Regionen och därmed skall bisysslan inte vara konkurrerande. Den enda identifierade kontroll av detta är stickprov av vilken personal som genomfört operationer hos extern vårdgivare beställda av Regionen. Dokumentationen som medföljer en operation hos extern vårdgivare uppger dock bara vem som varit ansvarig kirurg, inte vilka som var biträdande eller rådgivande vid operationen. Aktuell chef var medveten om dessa brister i kontrollen.

\* En av de tre godkända bisysslorna anmäldes efter det att denna granskning påbörjats och information om granskningen gått ut .

# Identifierade bisysslor

Intervjuade enhetschefer är ense i sin uppfattning att anmälan av bisysslor är den anställdes ansvar, att det inte är chefens roll att kontrollera om de anställda har bisysslor. Integritet och förtroende uppges som de viktigaste skälen till detta förhållningssätt. Övervakning och kontroll menar verksamhetscheferna snarare riskerar att alienera läkarna.

I flera av de enheter som granskats finns också en rädsla att läkare skall sluta om möjligheten till bisyssla inskränks för mycket. De enheter som upplever detta starkast verkar inom specialistområden med mycket stor konkurrens om sina läkare.

### KPMGs kommentar

Endast 10 % av de identifierade bisysslorna har hanterats i enlighet med regionens riktlinjer. Detta betyder inte att de övriga bisysslorna är otillåtna men bedömning är ej gjord.

Rutinen att diskutera bisysslor vid ett årligt utvecklingssamtal fungerar bristfälligt. Medgivande att detta inte är en prioriterad frågeställning bland vissa chefer samt resultatet av vår analys visar att anmälan av bisysslor medvetet eller omedvetet åsidosätts.

Den låga andelen av anmälda bisysslor visar också att anställda inte anmäler bisyssla på eget initiativ. Det tillvägagångssätt som gjort att flest anmälningar om bisysslor inkommit är när den egna chefen eller HR avdelning påminner om anmälan om bisysslor.

Riktlinjerna är tydliga i att det är chefens ansvar att följa upp bisysslor. Riktlinjerna uppger också att medarbetaren är skyldig att lämna in uppgifter om bisysslorna. Det finns en osäkerhet inom organisationen kring om medarbetare självmant skall inlämna uppgifter eller om detta skall ske på anmodan från chef.

Uppföljningen av anmälda bisysslor uppvisar också brister då en av anmälningarna saknar namn på det företag där bisysslorna äger rum.

# Hantering av bisysslor

### Hantering av bisysslor

Riktlinjer för Bisysslor förtydligades år 2014. I och med denna omarbetningar har samtliga intervjuade chefer, som hade personalansvar, informerat om de nya riktlinjerna.

Det har inte skett någon mer generell informationsdelgivning på de intervjuade enheterna kring bisysslor sedan 2014. Vid detta tillfälle kontrollerade också många chefer vilka bisysslor som fanns inom enheten. Dessa bisysslor har blivit godkända på två år.

Majoriteten av cheferna ställer frågan om bisyssla vid det årliga utvecklingssamtalet men inte alla. Samtliga chefer anser att, och har kommunicerat, att det är respektive anställds ansvar att rapportera bisysslor.

Samtliga av de chefer som intervjuats använder Regionens regionala riktlinjer för hantering av bisysslor. Förutom riktlinjerna används en blankett, ”Bisyssla – Anmälan och Beslut – en Anmälan”, se bilaga 1, där den anställde fyller i information om bisysslan tillsammans med detaljer kring sin anställning inom Regionen.

Blanketten behandlas sedan av förvaltningschef, eller den som fått uppgiften delegerad, som bedömer om bisysslan bryter mot riktlinjerna. Bisysslan värderas på kriterierna arbetshindrande, konkurrerande eller förtroendeskadliga.

### KPMGs kommentar

I arbetet med bisysslor använder de enheter vi granskat enbart ovan nämnda blankett vilken innehåller mindre information än riktlinjerna. Riktlinjerna har däremot kommunicerats ut men detta ser vi inte som tillräckligt då det är viktigt att all information finns tillgänglig när bedömningen av en bisyssla görs. Avsaknad av allmän diskussion och kännedom om faktiska bisysslor stärker behovet av relevant information.

# Hantering av bisysslor

### **Bedömning av bisyssla, har otillåten bisyssla identifierats?**

Det har enbart identifierats någon enstaka otillåten bisyssla då dessa, enligt ansvariga chefer, i första hand fångas upp och bedöms innan de påbörjas. Detta förfarande dokumenteras ej. Skulle en pågående bisyssla upptäckas får den anställde fylla i blanketten för anmälan om bisyssla. I och med detta görs en bedömning om bisysslan är tillåten. Skulle bisysslan visa sig vara otillåten får den anställde avsluta bisysslan.

Två av fem chefer säger sig göra en noggrann utvärdering om intresset kring bisysslor, dock ej dokumenterad, innan en person anställs. Denna bedömning är subjektiv och grundar sig på erfarenhet.

I de fall en läkare ansöker om bisyssla hos extern vårdgivare avser arbetet, enligt intervjuade chefer, enbart "privata" patienter eller patienter i en annan region/landsting. Med privata patienter avses patienter som får vård genom en privat sjukförsäkring.

Bisysslan bedöms på den information om återges av sökanden på blanketten. Skulle en ansökan om bisyssla vara svårbedömd skulle samtliga intervjuade chefer lyfta frågan till närmaste chef.

När de chefer vi intervjuat identifierar en bisyssla som inte är anmäld anmodas medarbetaren att anmäla bisysslan och få den bedömd. I något fall har otillåtna bisysslor identifierats vilket lett till en muntlig reprimand.

I den utökade granskning som skett av anmälningar om bisysslor har vi identifierat ett flertal ansökningar om bisysslor som nekats. Samtliga ansökningar om bisysslor som nekats har kommit från sjuksköterskor. Avslag har skett då bisysslorna bedömts vara arbetshindrande eller konkurrerande.

Vi har identifierat ansökningar om bisyssla där läkare uppger att de skall arbeta som "hyrläkare". Dessa ansökningar har godkänts.

# Hantering av bisysslor

### KPMGs kommentar

Det finns brister i uppföljning och dokumentation kring hantering av bisysslor. En av de intervjuade cheferna uppger att denne har nekat bisyssla samt gett muntlig reprimand då otillåten bisyssla upptäckts. Då detta förfarande inte dokumenterats försvåras möjligheten för organisationen att identifiera problemområden och företeelser som behöver hanteras. Genom att dokumentera och mäta kan organisationen skaffa sig kunskap om omfattning och därefter kunna ta nödvändiga beslut i frågan.

Om en chef identifierar en ej anmäld bisyssla anmodas medarbetaren fylla i blanketten för bisyssla och få sin bisyssla bedömd. Omfattningen av identifierade ej anmälda bisysslor är låg, enligt uppgift rör det sig om någon enstaka bisyssla på årsbasis inom en enhet. HR enheten på SU nekar till en eller ett par ansökningar om bisyssla per år.

Att så få otillåtna bisysslor identifierats, eller att inga dokumenterade förfrågningar om bisysslor från läkare nekats, visar att uppföljningen av bisysslor är bristfällig. Detta stärks ytterligare av vår analys som visar att enbart 10 % av identifierade bisysslor har anmälts.

Att enbart använda sig av blanketten avsedd för att anmäla bisyssla är inte tillfredsställande då denna blankett innehåller mindre information än, och helt saknar den vägledning, riktlinjerna innehåller. Det är inte sällan svårt att avgöra om det är en tillåten bisyssla varför bilagan till Regionens riktlinjer är ett bra stöd. Här återfinns exempel och diskussion om vad som utgör en bisyssla inom kategorierna förtroendeskadlig-, arbetshindrande- och konkurrerande bisyssla.

Mängd information, och kvalitet på granskade blanketter varierar. Vissa ansökningar innehåller detaljerad information om bisysslans karaktär, omfattning, placering och vilken ersättning som utgår medan andra ansökningar är kortfattade. Att bedöma om en bisyssla är förtroendeskadlig eller konkurrerande kräver ofta god kännedom om bisysslan. En ansökan med bristfällig information riskerar hanteras felaktigt. Vi har i vår granskning inte identifierat några bisyssleansökningar från läkare som har avslagits, inte heller där de ansöker om bisyssla som hyrläkare, något som "endast i undantagsfall bör medges" enligt riktlinjerna.

# Hantering av bisysslor

### Rapportering av bisyssla

När SU genomfört sina inventeringar kring bisysslor dokumenteras detta och redovisas för varje områdes ledningsgrupp. Efter denna rapportering sker ytterligare rapportering till ledningsgruppen inom sjukhuset och slutligen i styrelsen.

### KPMGs bedömning

Rapportering av bisysslor bedöms vara väl fungerande och rapportering sker till rätt instanser.



# Slutsatser och rekommendationer

# Slutsatser och rekommendationer

### Slutsatser

- Regionens riktlinjer för att hantera bisysslor är tydlig och väl känd inom organisationen. Den rutin som används för hantering inom intervjuade enheter är enhetlig och följer regionens riktlinjer.
- Det finns tydliga brister i tillämpningen av riktlinjerna för bisysslor. Enbart 3 av 29 identifierade bisysslor har varit anmälda, godkända och diarieförda.
- Den kontinuerliga uppföljningen brister i att alla chefer inte följer upp förekomst av bisysslor vid utvecklingssamtal. Indikationer på ej anmäld bisyssla följs inte heller alltid upp.
- Det saknas central uppföljning av bisysslor inom Regionen samt instruktion och/eller diskussion om reprimand om otillåten bisyssla identifieras.
- Det finns kontroller av bisysslor men dessa kontroller sker med allt för stora intervall. Uppföljning av existerande bisysslor sker i ringa omfattning utan att dokumenteras. Hos SU förekommer också ej formaliserade kontroller av bisysslor hos externa vårdgivare men omfattningen är ringa.
- Informationen på ansökningar om bisysslor är i vissa fall bristfällig vilket försvårar en korrekt bedömning av bisysslan.
- Vi kan konstatera att enbart sjuksköterskor i vår granskning fått avslag på sina ansökningar om bisysslor. Vi kan också konstatera att läkare beviljats bisyssla som "hyrläkare" trots att riktlinjerna uppmanar till restriktivitet kring detta.
- Det finns formaliserade "bisyssleråd" sammansatt på hög chefsnivå för att hantera bisysslor, däremot saknas det forum och dialog om bisysslor längre ner i organisationen.

### Rekommendation

Rekommendationerna riktar sig mot till de sjukhusstyrelser vi granskat, SU, NU och Kungälv's lasarett. Vi rekommenderar dock att samtliga sjukhusstyrelser inom regionen kontrollerar om våra slutsatser och rekommendationer är applicerbara i den egna organisationen.

- Skärp uppföljningen av bisysslor vid de årliga utvecklingssamtalen
- Formalisera och dokumentera de kontroller av bisysslor som sker.
- Regionen bör införa central uppföljning och kontroll av efterlevnaden av Riktlinjerna för bisysslor samt tydligt visa och kommunicera vilka följder otillåten bisyssla kan komma att ge.
- Identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man har som medarbetare gällande bisysslor.
- Uppdatera anmälningsblanketten för bisysslor till att följa riktlinjerna för bisysslor.
- Riktlinjerna bör förtydligas med avseende på om medarbetare självmant eller på anmodan skall inkomma med uppgifter om bisyssla.
- Hänvisa till "Överenskommelse om samverkansformer mellan läkemedelsföretag och den offentliga hälso- och sjukvården och dess medarbetare" i regionens riktlinjer för bisysslor.
- Identifiera ytterligare åtgärder som ökar kännedomen om vilka rättigheter och skyldigheter man har som medarbetare gällande bisysslor.



# Bilaga

# Bilaga 1 - Bisyssla - Anmälan och Beslut

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

1(2)

## Bisyssla – Anmälan och Beslut – en anmälan per bisyssla

<b>Anmälan</b>		
Efternamn	Förnamn	Personnummer
Befattning	Systemställningsgrad	Verksamhet/område
Ange om ersättning/avvode utgår för bisyssla <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Totalt antal bisysslor
Information om bisyssla		
Företagets namn:		
<input type="checkbox"/> Anställning <input type="checkbox"/> Ägarintresse <input type="checkbox"/> Beslutande ställning		
Omfattning i tid:		
Beskriv bisyssla		
Förskran av arbetstagare		
<input type="checkbox"/> Jag försäkrar att jag inte utnyttjar Sahlgrenska Universitetssjukhusets resurser i min bisyssleverksamhet.		
Datum:		
Namnunderskrift:		



www.sahlgrenska.se  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
HR-strategiska avdelningen  
ADRESS Torggatan 1 A, 431 35 Mölndal  
TELEFON växel 031-342 10 00  
2014-08-27 ip/mo

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

2(2)

<b>Ifylles av arbetsgivaren</b>	<b>Pers.nr:</b>		
<b>Vårdenhetschef/Enhetschef/Sektionschef</b>			
<input type="checkbox"/> Tillstyrker <input type="checkbox"/> Tillstyrker ej			
Motivering:			
Namnförtydligande:			
Datum:			
<b>Verksamhetschef</b>			
<input type="checkbox"/> Tillstyrker <input type="checkbox"/> Tillstyrker ej			
Motivering:			
Namnförtydligande:			
Datum:			
<b>Bisyssla vid privat verksamhet - ifylles av områdets ekonomienhet</b>			
Ingår i VGRs leveransregister:			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Avtal finns i VGR		
<b>Beslut</b>			
<b>Områdeschef/HR-chef</b>			
<input type="checkbox"/> Bevilljas (blän ej fylla i Fr.o.m. och T.o.m.) Fr.o.m. T.o.m.			
Bisysstjen godkänns under 2 år. Uppföljning sker varje år vid utvecklingssamtal.			
Kommentar till beslut:			
<input type="checkbox"/> Avslås			
<b>Anledning till avslag</b>			
<input type="checkbox"/> Förtroendeskadlig <small>Medarbetare för sina yrkesliga åsikter som kan påverka verksamheten i arbetet eller skada regionens anseende. Objektivet ska alltid kunna ifrågasättas av patienter eller studenter.</small>			
<input type="checkbox"/> Arbetshinder <small>(Påverkar möjligheterna att fullgöra en god arbetsprestation.)</small>			
<input type="checkbox"/> Konkurrerande <small>(Konkurrerar med arbetsgivarens verksamhet genom ägarintresse, anställning, uppdrag etc.)</small>			
<b>Beslut</b>			
Beslutet fattas med stöd av AB § 8 (ällmänna bestämmelser) och/eller LOA (Lag om offentlig anställning). Där framgår, att arbetsgivaren kan förbjuda bisyssla.			
<b>Bevärahänvisning – bisyssla</b>			
Om du vill få beslutet prövat kan du vända dig till din fackliga organisation som har möjlighet att påkalla tvisteförhandlingar i ärendet. Beslut om förbud att utöva viss bisyssla är en fråga som ytterst kan prövas av arbetsdomstolen enligt Lag om rätt tillgång i arbetslivet (SFS 1977:530)			
Namnförtydligande:			
Datum:			
<b>Kategori av bisyssla/bisyslor OBS! Måste fyllas i. Vid flera bisysslor, sätt ett kryss per bisyssla</b>			
1. Arbete för annan huvudman (utanför VGR)	<input type="checkbox"/>	6. Utbildning, företagsning & handledning	<input type="checkbox"/>
2. Arbete för bemanningsföretag	<input type="checkbox"/>	7. Medicinska råd	<input type="checkbox"/>
3. Arbete i eget företag (ej sjukvård)	<input type="checkbox"/>	8. Styrelseuppdrag	<input type="checkbox"/>
4. Arbete i eget företag (sjukvård)	<input type="checkbox"/>	9. Övrigt	<input type="checkbox"/>
5. Offentliga uppdrag	<input type="checkbox"/>	10. Inom VGR/annan förvaltning	<input type="checkbox"/>



www.sahlgrenska.se  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
HR-strategiska avdelningen  
ADRESS Torggatan 1 A, 431 35 Mölndal  
TELEFON växel 031-342 10 00  
2014-08-27 ip/mo



[kpmg.com/socialmedia](https://kpmg.com/socialmedia)



[kpmg.com/app](https://kpmg.com/app)

The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© 2017 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative, a Swiss entity. All rights reserved.

The KPMG name and logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.

# Ärende 4

### Tjänsteutlåtande

Datum 2017-03-16

Diarienummer NU 2016-00751

### Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/utvecklingsenheten

Handläggare: Henrik Olsson

Telefon: 010-435 46 20

E-post: henrik.p.olsson@vregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Yttrande avseende revisionsrapport - Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Styrelsen för NU-sjukvården antar tjänsteutlåtande daterat 2017-03-16 att utgöra svar till revisorskollegiet.

### Sammanfattning av ärendet

Revisorskollegiet har genomfört en granskning av cancervården. Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Granskningen baseras på dokumentanalys och intervjuer. De dokument som granskats är handlingsplaner, riktlinjer, protokoll, verksamhetsplaner och uppföljningar.

Granskningen visar att den övergripande styrningen av cancervården bedöms vara väl utvecklad i flera avseenden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via Regionalt cancercentrum (RCC Väst) utvecklat en roll- och uppföljningsstruktur som gör att regionen kommer att ha en god överblick över cancervårdens kvalitet och kapacitet. Vårdprogram och riktlinjer efterlevs.

Det är inte helt tydligt vilken politisk instans som ska ta initiativ till att lösa kapacitetsbrister, köproblem, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblem som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd.

På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor.

Granskningen visar även att patienter som söker för besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna, vilket skapar problem om verksamheterna inte har god tillgänglighet. Detta tillgänglighetsproblem för mindre

prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

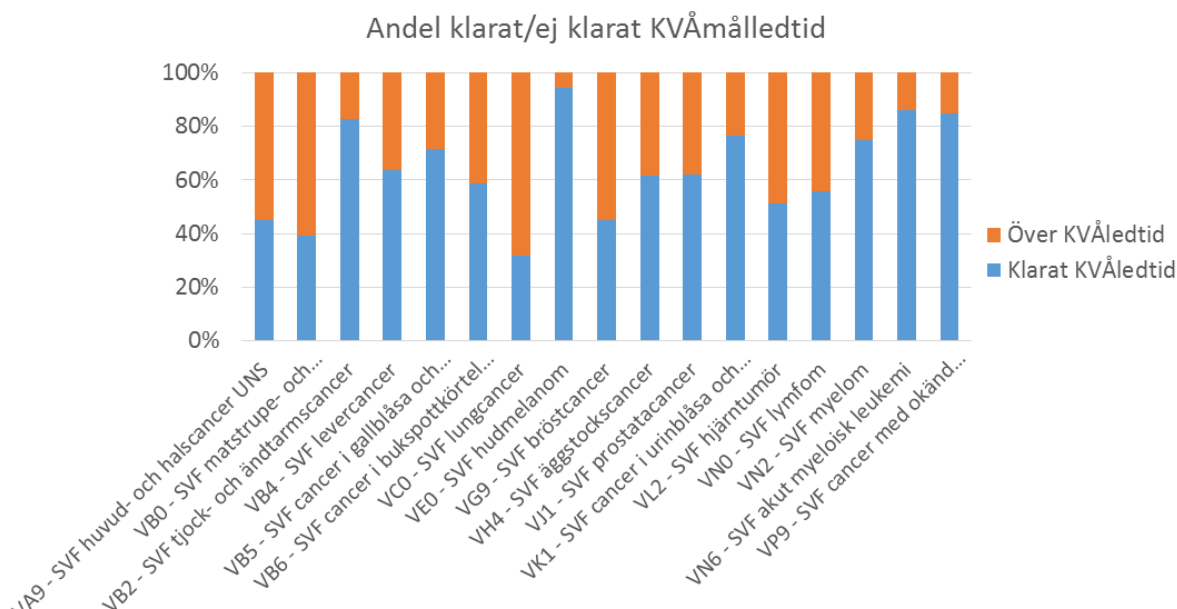
Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendation som berör NU-sjukvårdens utförarstyrelse: ”Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.”

## Beskrivning av åtgärder ur NU-sjukvårdens perspektiv

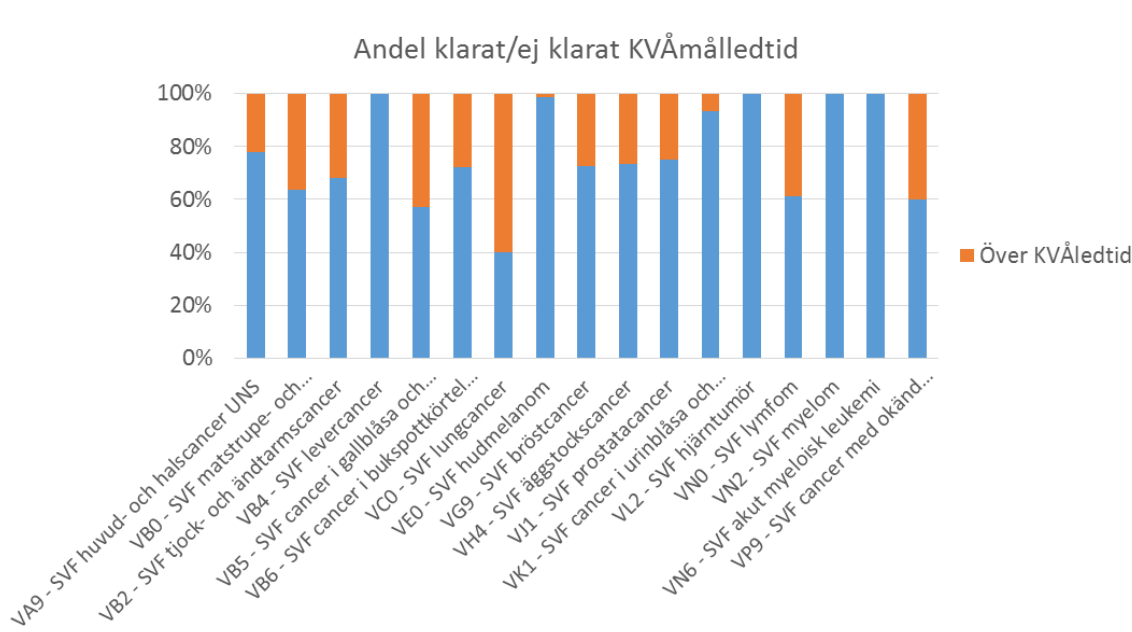
Syftet med standardiserade vårdförlopp är att patienterna ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad och professionell vård utan onödig väntetid. NU-sjukvården följer den regionala implementeringsplanen, innebärande att det för närvarande finns 28 aktiva processer. Kopplat till varje process finns en processledare, koordinator och stöd för registrering av data. Utifrån revisionens rekommendationer ges nedanstående kommentarer ur ett NU-sjukvårdsperspektiv.

## Följa utvecklingen avseende ledtider för SVF-förlopp i NU-sjukvården

SVF infördes i regionen hösten 2015. Initialt fokuserades på att bygga upp strukturer med till exempel styrgrupper, processledare och koordinators. Parallellt har regionala projektledningen byggt upp system för utdata, som nu alltmer blir tillgängliga för verksamheterna. Sjukhusledningen kommer från och med 2017 att följa målleddtiden för SVF-förlopp månadsvis och återrapportera till styrelsen för NU-sjukvården en gång per halvår. Initialt kommer fokus ligga på att kvalitetssäkra data, varför nedanstående diagram ska tolkas med viss försiktighet. Tabell 1 visar hela VGR och tabell 2 endast NU-sjukvården. Ett regionalt uppsatt mål är att 80 procent av patienterna ska klaras inom uppsatt måltid.



**Figur 1** - Diagrammet visar andel SVF-förlopp som har klarat övre målleddtid, från start SVF-förlopp till start första behandling, inom hela VGR under perioden 2015 till och med februari 2017



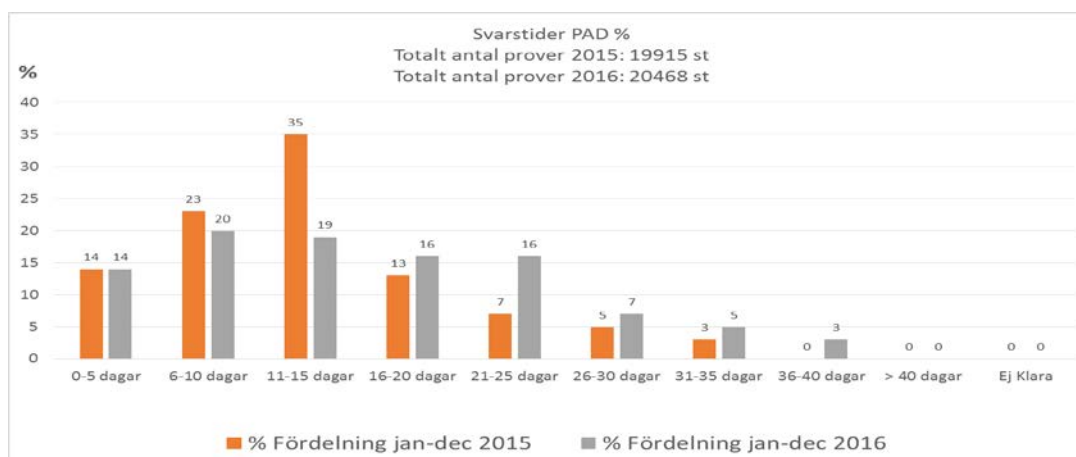
Figur 2 - Diagrammet visar andel SVF-förlopp som har klarat övre målltid, från start SVF-förlopp till start första behandling, enbart inom NU-sjukvården under period 2015 till och med februari 2017

## Följa utvecklingen avseende andra kapacitetsbrister

### a. Patologi

Vid behovsinventering lyfter flertalet processledare fram oro för tillgänglighet till patologisk diagnostik, vilket krävs i samtliga SVF-förlopp. Nedanstående tabell är ett försök att beskriva undanträngningseffekterna på patologi efter införandet av SVF. Svarstiderna är grupperade och jämförda 2015, före SVF, och 2016. Jämförelsen är inte helt perfekt, bemanning med mera har inte varit helt konstant, men det ger en ganska rättvis bild. De korta svarstiderna (innehållande SVF) har kunnat upprätthållas, men antalet prover med lång utsvartid har ökat tydligt.

En bidragande orsak till problematiken är att varje SVF-förlopp har olika ledtider till patologi vilket innebär mycket tid för sortering i olika spår. En väsentlig orsak till problematiken är brist på patologer, såväl i NU-sjukvården som regionalt och nationellt. Extra stöd ges med SVF-medel för bemanning med biomedicinsk analytiker (BMA), vilket inte fullt ut täcker bristen på patologer.



Figur 3 Svarstider från patologen år 2015 jämfört med 2016

## b. Bild- och funktionsmedicin (BFM)

Liksom för patologen berörs BFM av de flesta SVF-förlopp. Under senaste året har dock tillgängligheten till BFM förbättrats.

För jan månad 2016 - uttaget 2017-02-10									OBS! Narkosundersökningskorten på MR borttagna fr o m dec eftersom de ger dubblettvärden
Antal väntande undersökningar									Klin fys undersökningar uppdelade i grupper
	0-30 dagar	%	0-60 dagar	%	0-90 dagar	%	>90 dagar	%	Totalt väntande:
KFKlassisk	333	74,8%	402	90,3%	426	95,7%	19	4,3%	445
KFUltraljud	316	42,5%	444	59,7%	521	70,0%	223	30,0%	744
KFNuklear	127	57,5%	156	70,6%	172	77,8%	49	22,2%	221
Skelett o Lungor	1365	76,4%	1657	92,8%	1714	96,0%	72	4,0%	1786
MR	513	52,5%	743	76,0%	849	86,8%	129	13,2%	978
Datortomografi	697	65,9%	864	81,7%	920	87,0%	137	13,0%	1057
Ultraljud (Rad)	539	44,2%	813	66,7%	1005	82,4%	214	17,6%	1219
	3890	60,3%	5079	78,7%	5607	86,9%	843	13,1%	6450

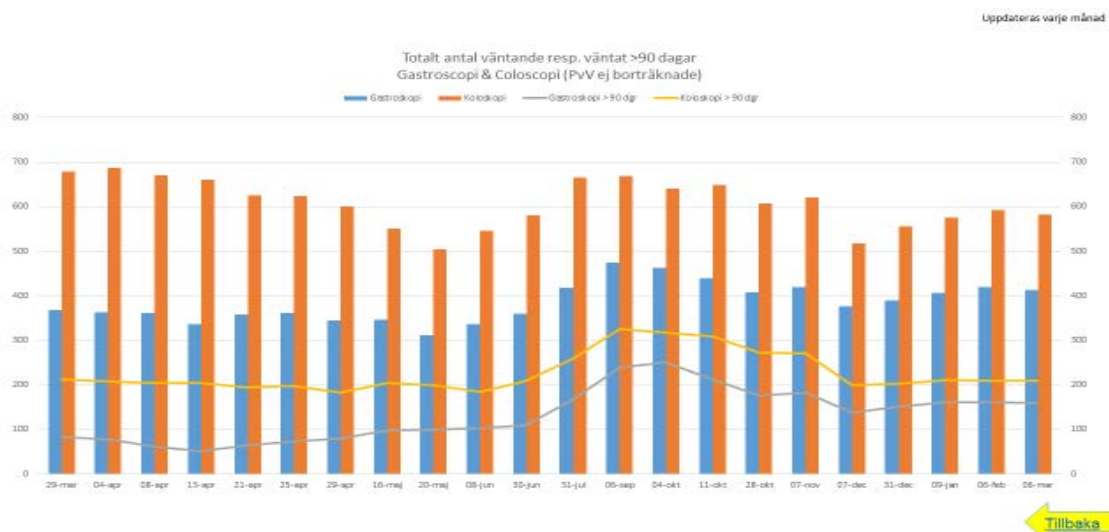
För jan månad 2017 - uttaget 2017-02-10									OBS! Narkosundersökningskorten på MR borttagna fr o m dec eftersom de ger dubblettvärden
Antal väntande undersökningar									Klin fys undersökningar uppdelade i grupper
	0-30 dagar	%	0-60 dagar	%	0-90 dagar	%	>90 dagar	%	Totalt väntande:
KFKlassisk	312	68,6%	390	85,7%	422	92,7%	33	7,3%	455
KFUltraljud	259	33,4%	427	55,1%	554	71,5%	221	28,5%	775
KFNuklear	81	90,0%	83	92,2%	86	95,6%	4	4,4%	90
Skelett o Lungor	639	71,2%	797	88,9%	850	94,8%	47	5,2%	897
MR	362	48,9%	574	77,5%	676	91,2%	65	8,8%	741
Datortomografi	661	85,6%	730	94,6%	754	97,7%	18	2,3%	772
Ultraljud (Rad)	416	55,7%	557	74,6%	659	88,2%	88	11,8%	747
	2730	61,0%	3558	79,5%	4001	89,4%	476	10,6%	4477

Figur 4 Tillgänglighet till Bild- och funktionsmedicin har ökat januari 2017 jämfört med januari 2016

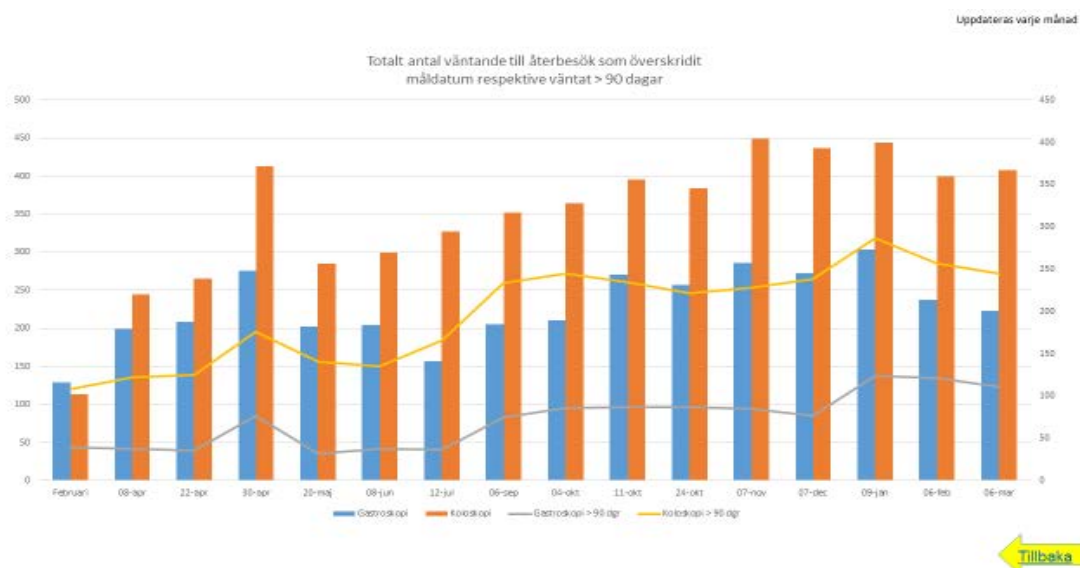
## c. Endoskopi

Vid behovsinventering lyfter professionen fram viss oro för tillgänglighet till endoskopiska undersökningar. Några SVF-förlopp är beroende av endoskopi och SVF innebär att vissa grupper prioriteras tydligt. Det gör att lägre prioriterade grupper får stå tillbaka, men även i dessa grupper kan det finnas allvarliga diagnoser.

Tillgänglighetsproblem till endoskopi uppges framför allt bero på brister i lokaler och personal, och i mindre del på grund av införande av SVF. Mest oroar långa väntetider till coloskopi, såväl ny- som återbesök. Verksamheten har stort fokus på problematiken.



Figur 5 Totalt antal väntande till nybesök för gastro- eller coloskopi i NU-sjukvården



Figur 6 Totalt antal väntande för återbesök till gastro- eller coloskopi i NU-sjukvården

#### d. Andra kapacitetsbrister

Rapporten visar att patienter som söker med besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienter, vilket blir särskilt tydligt när tillgängligheten brister. Enligt rapporten bör detta problem inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen, utan som ett generellt tillgänglighetsproblem. Vid behovsinventering i NU-sjukvården lyfter professionen bland annat fram patienter med rektalprolaps, en ofarlig åkomma, men med mycket smärta och ett stort lidande.

#### Finansiering

Standardiserade vårdförlopp är en metod för mer jämlik cancervård. Statliga stimulansmedel utbetalas 2015-2018. Trots att antalet SVF-förlopp ökar i antal ökar inte stimulansmedel i motsvarande grad. SVF innebär en viss volymökning i form av utvidgade utredningsindikationer, viss överflyttning av utredningsansvar från primärvården till NU-sjukvården samt behov av nya tjänster som till exempel koordinatörer. Sammantaget bör detta vägas in i det fortsatta VÖK- och budgetarbetet inför 2018 och 2019.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Henrik Olsson  
Utvecklingschef

#### Bilagor

- Revisionsrapport - Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning 2016-12-14

#### Besluten skickas till

- NU-sjukvårdens diarium, [nujukv.kansli@vgregion.se](mailto:nujukv.kansli@vgregion.se)
- Revisionsenheten, [revision@vgregion.se](mailto:revision@vgregion.se)

**Följebrev, Fördjupad granskning  
av jämlik cancervård – professionernas  
styrning**

Datum 2016-12-14

Diarienummer REV 14-2016

**Västra Götalandsregionen**

**Revisionsenheten**

Handläggare: Marianne Förars

Telefon: 070 887 56 61

E-post: [marianne.forars@vgregion.se](mailto:marianne.forars@vgregion.se)

Handläggare:  
Utr.chef (He) ✓  
Kopia:  
sjukhusör (LW) ✓  
komm.chef (NC) ✓  
sokr.styr (KA) ✓  
OC omr. I ✓  
OC omr. II ✓  
OC omr. III ✓  
Chefläkare (MSJ) ✓  
Utr.ledare (ML) ✓

Till Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsstyrelsen

## Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning

Revisorskollegiet har genomfört en granskning av cancervården. Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer. 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.

**Väl utvecklad övergripande styrning.** Granskningen visar en väl utvecklad övergripande styrning men pekar också ut allvarliga kapacitetsbrister och oklart ansvar vid desamma. Professionsstyrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god. Standardiserade vårdförlopp har lett till avsevärda förbättringar. De undanträngningseffekter som uppstått beror av kapacitetsproblem och är inte en konsekvens av standardiserade vårdförlopp

**Oklart ansvar vid kapacitetsbrister.** En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblem, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblem som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd.

**Avsevärda förbättringar men allvarliga kapacitetsproblem centralt.** På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning vid vissa cancerpatienter.

### **Generellt tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade grupper**

Granskningen visar även att patienter som söker för besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

### **Förslag till beslut**

Revisorskollegiet beslutar att godkänna rapporten och överlämna den till berörda nämnder och styrelser följt av följande rekommendationer:

1. Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av hälso- och sjukvårdsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifierade brister i cancervården.
2. Primärvårdsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
3. Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).
4. Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
5. Utförarstyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
6. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

### **Genomförande av beslut**

Rekommendationerna riktar sig till samtliga nämnder och styrelser som diagnosticerar, vårdar och behandlar cancersjuka. Granskade nämnder och styrelser förväntas vidta initiativ, åtgärder och beslut med anledning av rekommendationerna. Likaså vill revisorskollegiet få information om hur berörda nämnder och styrelser kommer att följa upp och rapportera effekterna av åtgärder och beslut. Övriga nämnder och styrelser uppmanas ta del av rekommendationerna samt vid identifierade brister vidta erforderliga åtgärder.

För revisorskollegiet

Birgitta Eriksson  
Ordförande

Ulf Sjösten  
Vice ordförande

**För kännedom:**

Regionfullmäktiges presidium

Regionstyrelsen

Samtliga politiska sekreterare

Hälso- och sjukvårdsnämnderna

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

# Granskning av Jämlik cancervård – professionernas styrning

Dnr: Rev 14-2016

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 14 december 2016

# Västra Götalandsregionen

Granskning av cancervården

Jämlik cancervård – professionernas styrning



## Innehåll

<b>Innehåll</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>1</b>
Bakgrund .....	1
1.1 Syfte.....	1
1.2 Avgränsningar.....	2
1.3 Ansvarig styrelse/nämnd.....	2
1.4 Revisionskriterier .....	2
1.5 Metod.....	3
<b>2 Organisation och styrning av cancervården</b> .....	<b>4</b>
2.1 Politik, profession och förvaltning .....	4
2.2 Organisatoriskt sammanhang för cancervården .....	5
2.2.1 <i>Den politiska organisationen och regionledningen</i> .....	5
2.2.2 Styrning och uppföljning på politisk nivå .....	6
2.2.3 <i>Utförarstyrelserna</i> .....	8
2.3 Professionsstyrning.....	9
2.3.1 <i>Kunskapsstyrning</i> .....	9
2.3.2 <i>RCC Väst</i> .....	10
2.3.3 <i>Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp</i> .....	11
2.3.4 <i>Ansvarsroller i vårdprocessen</i> .....	12
<b>3 Vårdprocessen blåscancer</b> .....	<b>14</b>
3.1 Kort om blåscancer och de aktuella klinikerna.....	14
3.2 Information och stöd till verksamheten .....	15
3.3 Vårdförloppet .....	15
3.4 Kompetensförsörjning .....	16
<b>4 Vårdprocessen – lungcancer</b> .....	<b>17</b>
4.1 Kort om lungcancer och de aktuella klinikerna .....	17
4.2 Vårdförloppet .....	18
4.2.1 <i>Förändringar i och med SVF och flaskhalsar</i> .....	19
4.3 Kompetensförsörjning .....	20
<b>5 Primärvården</b> .....	<b>22</b>
5.1 Information och stöd .....	22

5.2	Implementering .....	22
<b>6</b>	<b>Slutsatser och bedömningar.....</b>	<b>23</b>
6.1	Svar på revisionsfrågorna .....	23
6.2	Sammanfattande bedömning och rekommendationer .....	24
<b>Bilaga 1</b>	<b>Intervjuade funktioner.....</b>	<b>26</b>

## Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av cancervården. Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer.

Den övergripande styrningen av cancervården bedöms vara väl utvecklad i ett flertal avseenden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via Regionalt cancercentrum (RCCVäst) utvecklat en roll- och uppföljningsstruktur som gör att regionen kommer att ha en god överblick över cancervårdens kvalitet och kapacitet. Professionsstyrningen, d.v.s. den medicinska styrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. I de fall cancervården brister eller kommer att uppvisa brister så kommer det att bli synligt i den struktur som byggts upp. Det gäller även behov av eventuella förändringar i utbudsstrukturen. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god.

En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblemm, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblemm som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd vilket gör att Hälso- och sjukvårdsstyrelsens personalutskott därmed har ett ansvar.

En annan bedömning som gäller den politiska styrningen avser de olika hälso- och sjukvårdsstyrelserna. De prioriterade mål som respektive nämnd formulerat ser olika ut. Det är dock svårt att se att målens olikheter grundas på skilda demografiska, geografiska eller utbudsmässiga skillnader vilket i så fall skulle kunna motivera olikheter. Målen är generellt formulerade varför de borde vara desamma för de olika delarna av regionen för att styra mot jämlik vård.

På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning av vissa cancerpatienter.

Granskningen visar även att patienter som söker besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta är inget problem om klinikerna har god tillgänglighet vilket inte alltid är fallet. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifiera brister i cancervården.
- ▶ Primärvårdsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
- ▶ Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).

- ▶ Utförrarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
- ▶ Utförrarstyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

En sammanställning av svaren på revisionsfrågorna återfinns på sidan 23.

## 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.

Cancervården är inte alltid jämlik. Utvärderingar visar att det finns stora nationella skillnader. Likaså visar jämförelser på inomregionala skillnader. 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.

Styrningen kan beskrivas i tre dimensioner: Nämndens styrning utifrån hur den beskrivs i kommunallagen 6:7, organisatorisk styrning och professionsstyrning. Uppdraget för nämnderna är att var och en inom sitt område ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt enligt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Med organisatorisk styrning avses allokering av resurser, organisering av resurser, kompetensförsörjning och uppföljning. Med professionsstyrning avses de legitimerade yrkesgruppernas styrning via kunskapsstyrning och processutformning. Professionsstyrningen styr innehållet i vården.

Västra Götalandsregionens revisorer har i en förstudie identifierat riskområden inom cancervården. Revisorskollegiet har 2015 beslutat om granskning av cancervården i flera steg. Psykosocialt stöd till cancerpatienter har granskats under 2015. Granskningens resultat redovisades i rapport Jämlik cancervård – psykosocialt stöd, genomförd av EY.

Denna andra granskning berör ett annat av revisorerna identifierade riskområden; verksamhetens eller professionernas styrning mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer.

En tredje granskning planeras av förändringsprocessen mot effektiv vård och ändamålsenlig vårdorganisation för cancerpatienten. Den kommer delvis baseras på iakttagelser i de två första delgranskningarna.

### 1.1 Syfte

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer.

Följande revisionsfrågor besvaras:

- Har styrelsen utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs?
- Svarar vården för de utvalda cancerformerna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?

- Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?
- Sker den lokala implementeringen av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?
- Sker uppföljning på lokal nivå som stödjer regionuppdraget?
- Sker uppföljning på regional nivå som stödjer regionuppdraget?

## 1.2 Avgränsningar

Granskningen avgränsas till vårdkedjan (vårdprocessen) för cancer i urinvägarna och lungcancer. Geografisk avgränsning görs till NU-sjukvården och geografiska området runt NU-sjukvården och Södra Älvsborgs Sjukhus (SÄS) och området runt SÄS samt till Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) samt delar av geografiska området runt SU.

Med jämlik vård avses i denna granskning vård på lika villkor oberoende av geografi och vårdgivare. Med jämlik vård avses också att den ska vara på lika villkor oberoende av kön, utbildning, ålder, födelseland, socioekonomi och psykisk sjukdom. Med lika villkor avses att patienter med samma sjukdom och vårdbehov ska behandlas likvärdigt utifrån varje individs unika förutsättningar. För mer information om vad som avses med jämlik vård hänvisas till exempelvis Vårdanalys rapport *"En mer jämlik vård är möjlig"*<sup>1</sup>.

## 1.3 Ansvarig styrelse/nämnd

Primärvårdsstyrelsen, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus, styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

## 1.4 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. 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 2016
- 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
- Lungcancer - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp Regionala cancercentrum i samverkan dec 2015
- Lungcancer – nationellt vårdprogram Regionala cancercentrum i samverkan mars 2015
- Cancer i urinvägarna – Beskrivning av standardiserat vårdförlopp, Regionala cancercentrum i samverkan 2015

---

<sup>1</sup> En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Vårdanalys, Rapport 2014:7.

- Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa, urinledare, urinrör och njurbäcken  
Regionala cancercentrum i samverkan augusti 2015
- Cancer i urinblåsan och övre urinvägarna - Beskrivning av standardiserat vårdförlopp  
Regionala cancercentrum i samverkan december 2015

### **1.5 Metod**

Granskningen baseras på dokumentanalys och intervjuer. I bilaga 1 framgår vilka funktioner som intervjuats. De dokument som granskats är handlingsplaner, riktlinjer, protokoll, verksamhetsplaner och uppföljningar. Vilka dokument framgår i texten i rapporten.

## 2 Organisation och styrning av cancervården

### 2.1 Politik, profession och förvaltning

Cancervårdens innehåll i Sverige styrs på olika nivåer. På nationell nivå finns den nationella cancerstrategin och riktlinjer för cancervården som Socialstyrelsen utfärdat. På regional nivå finns regionala cancercentrum (RCC). De vårdprogram och standardiserade vårdförlopp som de regionala cancercentrerna fastställt i samverkan är viktiga inslag i styrningen av cancervården.

Mot bakgrund av att den nationella styrningen är väl utvecklad sker det lokalt begränsade kompletteringar av de nationella direktiven samt de som ges från RCC till verksamheterna. Direktiven på landstings/regionnivå handlar framförallt om resursfördelning och beslut om var och vilken vård som ska ges. I verksamheterna utformas vården utifrån de lokala förutsättningarna och de nationella riktlinjerna.

När begreppet professionsstyrning används sätts det ofta i en kontext och relateras till politik och förvaltning. Relationen mellan politik, förvaltning och profession är central och den senare villkoras delvis av och definieras i förhållande till förvaltning och politik.



Hälso- och sjukvård är i jämförelse med många andra verksamheter i hög grad styrd via kunskap och i mindre grad via politik och organisation. Professionen utgörs av legitimerade yrkesgrupper som definierar de problem som ska lösas och beslutar om adekvata åtgärder. Professionen har en ganska stor autonomi och får därmed stor påverkan på politik och förvaltning, både formellt och informellt.

Tjänstemän i regionledningen och politiker har begränsat inflytande över den medicinska professionsutövningen. Den politiska styrningen skapar dock förutsättningar för professionsstyrningen genom att bl.a. fördela resurser till olika verksamheter.

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården innebär att de tre sfärerna i stora delar integreras. Vårdförloppen är framtagna av professionen men i högsta

grad sanktionerade och beslutade av politiken. Införandet påverkar även förvaltningen då cancervården får en tydligare prioritering än tidigare och frågor om var olika delar av vården ska äga rum för bästa kvalitet och resursutnyttjande blir förvaltningens huvudbry. Det är dessutom så att SVF har fokus på ledtider vilket är begripliga och mätbara mål och som därför får genomslagskraft i alla tre sfärer.

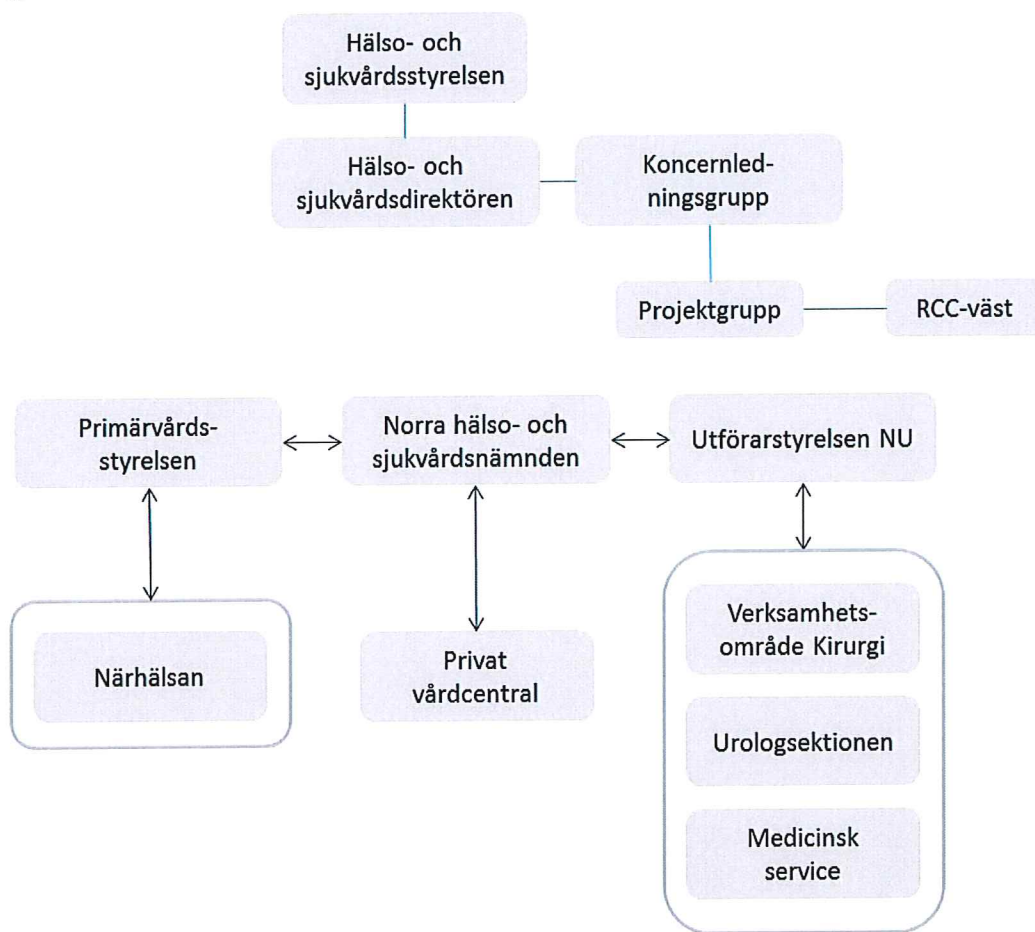
Denna granskning handlar om styrningen mot jämlik vård med fokus på effektiv vård och följsamhet till riktlinjer. I detta avsnitt behandlas politiska fastställda styrdokument som har relevans för granskningen samt förvaltningens styrning.

## 2.2 Organisatoriskt sammanhang för cancervården

I detta avsnitt beskrivs kortfattat organisationen inom SU, SÅS och NU för de båda diagnosgrupperna.

### 2.2.1 Den politiska organisationen och regionledningen

Det finns stora likheter mellan de granskade enheterna och dess organisering av vården för diagnosgrupperna. De sorterar under den gemensamma regionledningsnivån och får sina uppdrag av nämnder och lyder under en utförarstyrelse. Vi har valt att illustrera det organisatoriska sammanhanget med exemplet cancer i urinvägarna inom NU-sjukvården genom nedanstående bild.



Hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS) är enligt reglementet det ledande hälso- och sjukvårdsorganet. HSS ska verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen i Västra Götaland. Styrelsen ska i sin roll som systemägare säkerställa att invånarnas behov av hälso- och sjukvård samt möjligheter till val av vårdutbud tillgodoses på ett jämlikt sätt i hela Västra Götaland.

I styrelsens arbete ingår bland annat att besluta om medicinska riktlinjer och prioriteringar i vården samt att följa upp vårdbehov, vårdkonsumtion och vårdens kvalitet. Hälso- och sjukvårdsdirektören är den högste ansvariga tjänstemannen och rapporterar till hälso- och sjukvårdsstyrelsen (HSS).

Avseende cancervården har HSS hjälp av RCC Väst. För att cancervården ska kunna belysas på lämplig detaljnivå finns sedan flera år en projektgrupp som är ett slags beredande organ. Den rapporterar resultat till hälso- och sjukvårdsdirektören och koncernledningsgruppen samt bereder frågor som kräver beslut i linjeorganisationen. Oftast är det hälso- och sjukvårdsdirektören som rapporterar till både koncernledningsgruppen och HSS.

RCC Väst har uppdraget att vara ett nav i professionsstyrningen som beskrivs nedan. Hälso- och sjukvårdsdirektören beskriver vid intervju att RCC, koncernledningsgruppen och hälso- och sjukvårdsstaben har ett ansvar att övervaka utvecklingen av cancervården.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) har enligt reglementet ett befolkningsansvar inom sitt geografiska område. HSN ska verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen inom sitt område. De ska genom överenskommelser och avtal säkerställa att befolkningen har tillgång till bl.a. primärvård och sjukhusvård. De följer upp vårdgivarnas verksamhet och rapporterar till HSS.

Utförarstyrelserna och dess förvaltningsorganisation har ansvaret att leverera den sjukvård som definieras i vårdöverenskommelserna med hälso- och sjukvårdsnämnderna. Styrelserna svarar för drift, förvaltning och utveckling av sjukhus, primärvård, tandvård och handikappverksamhet. De ansvarar för att vården bedrivs med professionell kompetens. I detta ligger, enligt reglementet, i första hand att säkra en hög kvalitet på det medicinska och vårdmässiga omhändertagandet av patienten.

## 2.2.2 Styrning och uppföljning på politisk nivå

### **Hälso- och sjukvårdsstyrelsen**

I styrelsens budget 2016 behandlas RCC Väst, hädanefter benämnt RCC. Under 2016 ska RCC särskilt arbeta med stöd till förvaltningarna för införande av de 10 standardiserade vårdförlopp (SVF) som fastställts nationellt under hösten 2015 och fortsatt stöd ska ges i implementeringen av de fem SVF som införts tidigare under år 2015.

Stödet innefattar; diskussioner i projektgrupper, handlingsplan, fördelning av stimulansmedel för införandet och rapportering till Socialdepartementet, utvecklingsorienterade lärandeseminarier för berörda medarbetare, utbildningar för koordinatörerna och registrering i administrativa system (se vidare under rubriken Professionsstyrning).

Jämte den ekonomiska uppföljningen återrapporeras delegationsbeslut avseende regionala riktlinjer. I juni fick styrelsen information om att hälso- och sjukvårdsdirektören beslutat om medicinsk riktlinje för lungcancer. I delårsrapporten per sista mars behandlas det stöd RCC ger i arbetet med införande av standardiserade vårdförlopp i enlighet med fastställd handlingsplan. En mer samlad uppföljning ska göras per sista november 2016.

## Hälso- och sjukvårdsnämnderna

Cancerpatienter uppmärksammas i de tre granskade nämndernas mål och inriktningsdokument. Att vården ska vara jämlik behandlas i samtliga styrdokument.

Ett av **Södra hälso- och sjukvårdsnämndens** övergripande mål är en jämlik- och jämställd hälso- och sjukvård och tandvård som kännetecknas av hälsofrämjande synsätt, hög tillgänglighet och god kvalitet som ges inom givna resurser och på lika villkor. Personer med cancer är en av fyra prioriterade befolkningsgrupper. För denna grupp finns tre mål med tillhörande framgångsfaktorer:

1. Minskning av antal personer som insjuknar i cancer
  - Hälsofrämjande och förebyggande insatser med fokus på levnadsvanor
  - Följsamhet till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
  - Ökat deltagande i screening
  - Utförarstyrelserna (De berörda)
2. Personer med cancer erbjuds en kunskapsbaserad vård och behandling med hög kvalitet som är tillgänglig i enlighet regionens fastställda garantitider
  - Tidig diagnostik och behandling med högsta kvalitet
  - Följsamhet till regional cancerstrategi med fokus på fastställda garantitider
  - Följsamhet till regionala vårdprogram
  - Öppen retur
  - Utveckla sammanhållna vårdprocesser
  - Råd, stöd och information till barn som är närstående
3. Vid livets slutskede erbjuds personer med cancer vård och behandling som hjälper individen att uppnå bästa möjliga livskvalitet genom att främja välbefinnande och ge god symtomlindring
  - Följsamhet till vårdprogram för den palliativa vården
  - Sjukhusens anslutning till palliativregistret samt systematisk uppföljning av resultat för att säkerställa kvaliteten i palliativ vård

I mål och inriktning 2016 för **Göteborgs Hälso- och sjukvårdsnämnd** finns flera mål som berör de två diagnosgrupper som denna granskning avser. Ett prioriterat mål är att livslängden ska öka för alla, speciellt för de grupper som har den kortaste livslängden och cancerpatienter är ett fokusområde. Det ska tillses att cancerbehandling sätts in omedelbart efter diagnos och kompetenscentrum för smärta ska stödja primärvården. I nämndens budget framgår att tiden från diagnos till behandling för cancer ska sänkas.

**Norra hälso- och sjukvårdsnämnden** har som ett av flera prioriterade mål att invånarnas behov ska vara styrande för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Personer med cancersjukdom är ett fokusområde till vilket följande aktiviteter hör:

- Genomföra snabb utredning för en tidig diagnos
- Tidigt identifiera hälsorisker
- Korta ledtiderna, till max 14 dagar, vid utredning samt snabb behandlingsstart efter diagnos
- Samverkan mellan sjukhusen för att öka tillgängligheten till exempel över sommaren
- Genomföra multidisciplinära terapikonferenser och fastställda vårdplaner
- Erbjud kontaktsköterska

- Ta tillvara patienternas uppfattningar om vården
- Följa handlingsplanen för palliativ vård och vara anslutna till och registrera i nationella kvalitetsregistret identifiera hälsorisker

Nämnderna tar i sina budgetar upp att det sker förändringar av cancervården i enlighet med regionens produktionsstyrning där behandling av vissa diagnoser koncentreras till vissa enheter och därmed överförs prestationsersättningarna till dem. Detta är dock inte aktuellt för de två diagnoserna som granskas.

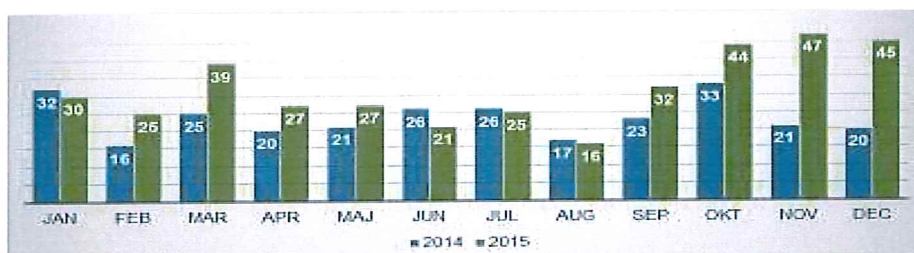
En granskning av nämndernas handlingar och protokoll visar att de följer upp väntetider vid väl grundad misstanke om cancer vilka bl.a. behandlas i beställarboksluten. Norra hälso- och sjukvårdsnämnden behandlar summariskt införandet av SVF i delårsbokslut per sista mars. Enligt uppgift behandlas samtliga mål i rapporteringen vid årets slut.

### 2.2.3 Utförarstyrelserna

I NU-sjukvårdens budget finns inget specifikt som rör cancervården. I Sahlgrenska Universitetssjukhusets (SU) budget framgår att sjukhuset i sin vårdöverenskommelse fått förändrad finansiering för ett antal särskilda uppdrag som rör bl.a. cancer. I budgeten för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) framgår att sjukhuset tecknat tilläggsöverenskommelser till följd av att sjukhuset övertagit behandlingen av vissa cancerdiagnoser från Alingsås sjukhus, dock ingen av de som denna granskning avser. Budgeten för läkemedel har förstärkts, bl.a. till följd av volymökningar inom cancervården.

Vid de granskade sjukhusen rapporteras statistik månatligen till sjukhusledningarna. Här följer exempel på rapporterade uppgifter avseende urologi vid SÄS:

## Remissinflöde bokningsorsak CYSTO (Borås)



Härutöver rapporteras:

- SVF och förloppet i dagar kopplat till måltal
- Väntande till första besök i dagar kopplat till måltal
- Väntande till efterföljande besök kopplat till måltal

- Remissinflöde, interna och externa

Uppgifterna behandlas i avvikelserapporter som går till styrelserna.

Av intervjuerna framgår att de frågor som sjukhusledningen på SU uppmärksammat och fått information om är:

- Tillsättandet av koordinator
- Förbokade röntgentider
- Att patienterna kommer igenom förloppet på stipulerad tid i SVF

En granskning av styrelsernas handlingar och protokoll visar att de under året fått information om införandet av standardiserade vårdförlopp. I patientsäkerhetsberättelserna kommenteras samarbetet med RCC samt införandet av värdebaserad vård för cancerdiagnoser. I delårsbokslut kommenteras införandet av SVF.

Den medicinska uppföljningen utgörs av registrering i blåsregister respektive lungcancerregister. Det senare beskrivs som tidskrävande och måste utföras av läkare. Det innebär att det på vissa enheter utförs på fritiden då det inte finns utrymme under arbetstid. Resultat i kvalitetsregister följs upp av RCC men rapporteras inte i linjen. Informationen uppges dock vara tillgänglig för utförarstyrelserna. Det förekommer bland de granskade enheterna att det är kontaktsköterskorna som registrerar de uppgifter som ska in i kvalitetsregistret på uppdrag av läkarna.

Den politiska organisationen fokuserar på ledtider och väntetider i sin uppföljning, enligt intervjuade. Intresset från ledningarna uppges oftare vara på andra parametrar än medicinska resultat, t ex. trycksår och fall. Detta anses inte oviktigt men ger ingen information om huruvida patienterna blir friska. Av intervjuerna framgår att SÅS ska utveckla sin hemsida för att informera om behandlingsresultat.

Om väntetid eller budget väger tyngst i direktiven från politikerna uppges av flera intervjuade variera beroende på när under året frågan ställs. Fram till midsommar är det kötid och efter sommaren budget, enligt en av dem.

Det är i uppföljningen starkt fokus på nybesök vilket uppges ha en stark styreffekt och detta leder till att återbesöken fördröjs. Det är bara nybesök av patienter med misstänkt blåscancer som rapporteras till sjukhusledningen på SU men verksamhetsledningen följer även tiderna får återbesök.

Flera intervjuade emotser den uppföljning av patienternas upplevelser som RCC ska genomföra och som är en del av SVF.

## **2.3 Professionsstyrning**

### *2.3.1 Kunskapsstyrning*

Den styrning som utövas av professionen handlar om kunskapsstyrning och syftet är att åstadkomma en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården där kvalitetssäkrad kunskap sprids och används. I cancervården handlar det om vårdprogram, vårdförlopp, kvalitetsregister samt kliniska och epidemiologiska studier. Det nationella cancerregistret och kvalitetsregister ger både tillgång till och kvalitet på data.

Socialstyrelsen har definierat en infrastruktur med nödvändiga förutsättningar för en fungerande kunskapsstyrning vilken består av följande delar:

- En kunskapsbas: Kliniskt och experimentell forskning samt grund- och efterutbildning av aktuella professioner/specialister

- En systematisk uppföljning och utvärdering som stöds av en gemensam informationsstruktur och terminologi samt hälsodataregister och kvalitetsregister
- Riktlinjer/rekommendationer, som bygger på bästa tillgängliga kunskap, arbetas fram i en transparent process med hög legitimitet
- Ett systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete

### 2.3.2 RCC Väst

Som framkommit har "RCC i samverkan" en nyckelroll i kunskapsstyrningen. Inom VGR är det RCC Väst som på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska verka för en kunskapsstyrning för VGR och norra Halland. RCC:s uppdrag är att:

- Delta i arbetet med nationella riktlinjer och vid behov utarbeta regionala vårdprogram
- Stödja att nationella riktlinjer och vårdprogram och annat kunskapsstöd inom cancervården införs
- Arbeta för att nationella kvalitetsregister används för cancervårdens verksamhetsutveckling

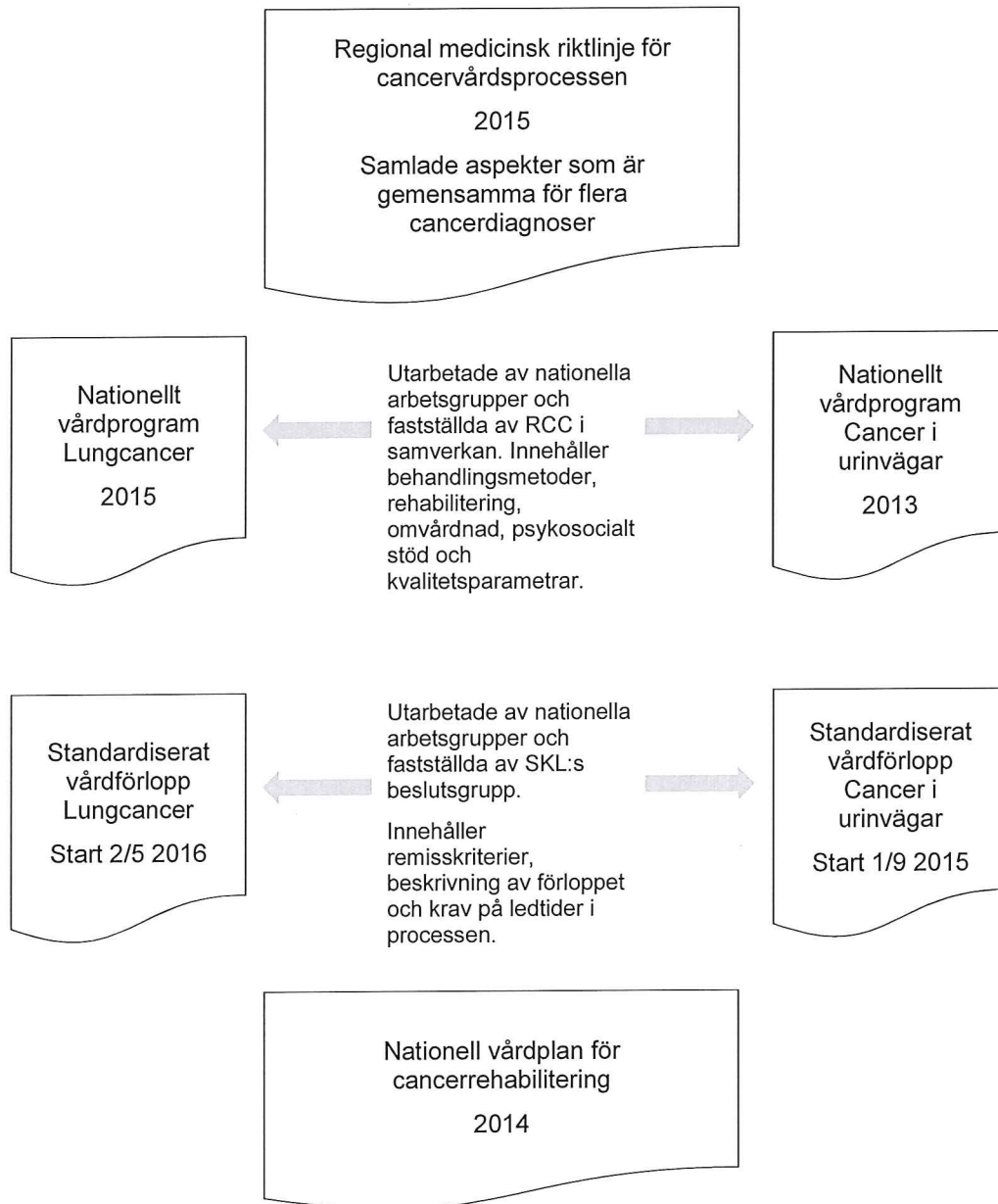
En stor del av RCCs arbete med den nationella cancerstrategin har som övergripande mål att bidra till en mer jämlik cancervård. En mer jämlik och patientfokuserad vård ingår som en dimension i flera av de kriterier som utgör RCCs samlade uppdrag. Enligt intervjuad chef för RCC ska RCC i förhållande till linjeorganisationen ha en fristående roll men är organisatoriskt placerad under hälso- och sjukvårdsdirektören och denne har delegerat styrningen till en styrgrupp till vilken RCC rapporterar.

Flera intervjuade är nöjda med de utbildningar som RCC haft för att stödja implementeringen av SVF men det finns också kritik mot RCC. Utöver utbildningarna uppges stödet haft låg kvalitet. Ett par anser att RCC:s roll är diffus. Någon berättar att de goda exempel som RCC förmedlat i begränsad omfattning gått att omsätta då de rört andra cancerdiagnoser och verksamheter med mindre volymer och annan organisation.

Den information som verksamheterna önskat har de fått söka efter på RCC:s hemsida, t ex hur kodning ska ske. På lungsektionen vid SU har klinikchefen utsett en vårdutvecklare som har uppdraget att bevaka RCC:s hemsida så att de inte missar något. En annan svaghet som ett par påtalar är att RCC inte följt upp hur deltagarna ser på de utbildningar som varit och den information som givits.

### 2.3.3 Riktlinjer, vårdprogram och standardiserade vårdförlopp

Cancervården styrs av ett antal riktlinjer och vårdprogram. Med utgångspunkt i de två cancerformerna som denna granskning avser ser styrdokumenterna ut på följande sätt:



Professionen har utformat SVF liksom vårdprogram och riktlinjer som beslutats politiskt. De är därför mycket väl förankrade i professionen. Det finns inga motstridigheter i dessa dokument förutom bedömningskriterierna för vad som kan anses vara grund för misstanke om lungcancer. Se nedan.

#### 2.3.4 Ansvarsroller i vårdprocessen

Kopplat till vårdprocessen finns det fyra ansvarsroller vars funktion utgår från professionsstyrningen. Ansvarsrollerna är kopplade till processen och inte till den organisatoriska strukturen och det är via dessa som den medicinska kunskapen och patientperspektivet ska mötas.

Processägare	För varje cancerform finns det en processägare för hela regionen. Processägaren har ett övergripande ansvar för att vården följer vårdprogrammet och SVF. Processägaren ska även ta initiativ för att bevaka likvärdigheten i vården samt driva utvecklingen. Varje termin eller år gör processägaren för respektive cancerform en turné till respektive sjukhus. Processägaren rapporterar till den projektgrupp som rapporterar till koncernledningsgruppen. Se sidan 9.
Processledare	Vid varje specialistenhet/sjukvårdsområde ska det finnas en processledare som ansvarar för vårdprocessen på lokal nivå inklusive vårdcentralerna. Processledaren har ett ansvar att styra och säkerställa att det standardiserade vårdförloppet följs och processledaren har därför en dialog med resursägaren, d.v.s. linjecheferna. Processledarna i de granskade fallen är specialistläkare.
Koordinator	Koordinatören, som oftast är en sjuksköterska, är en funktion för att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid. Hur funktionen ska bemannas och organiseras utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena. Koordinatorsrollen behöver enligt SVF inte bemannas av samma person under hela förloppet men det är det allra vanligaste. Koordinatorrollen är explicit angiven i SVF. I några fall är det en av kontaktsjuksköterskorna som också är koordinator.
Kontaktsjuksköterska	Funktionen finns för att patienten ska få en kontakt som håller samman de olika aktiviteterna och utgör ett stöd för patienten och närstående. Kontaktsjuksköterskan kan förmedla kontakter till andra kompetenser för psykosocialt stöd. Vidare ska kontaktsjuksköterskan säkra patientens inflytande och dessutom bevaka ledtider. Rollen är tydligt definierad i de nationella vårdprogrammen.

Vid varje sjukhus finns dessutom styrgrupper för införandet av SVF:er. Där ingår bland annat processledare och linjechefer. Samspelet mellan processen och resurserna är centralt för att anpassa vårdplatser och andra resurser till behovet, ett samspel som bör fungera även med aktörer vid andra delar av regionen. Flera av de intervjuade betonar vikten av detta regionala samspel.

Det kan tilläggas att flera av dessa ansvarsroller har funnits tidigare i olika omfattning och beroende på i vilken grad behandlingsformer har utvecklats för de olika cancerformerna. Från och med 2009 och framför allt i samband med införandet av SVF har rollerna formaliserats och standardiserats.

Vården är inte likvärdig i alla avseenden trots standardiseringen. Det är det stor skillnad mellan Göteborg och kranskommunerna där de senare kommunerna inte har lika utvecklad vård, enligt intervjuade. Det är dock oklart i vilket avseende.

Som en ytterligare komponent i kunskapsstyrningen finns sedan 2009 "Kunskapscentrum jämlik vård" vid koncernledningskontorets kansli. Centret har som uppdrag att bevaka och göra insatser för att öka jämlikheten i vården med utgångspunkten i socialstyrelsen definition av att vården ska erbjudas med gott bemötande och på lika villkor till alla oavsett kön, bostadsort, ålder, utbildning, sexuell läggning, funktionsvariation, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet. Den intervjuade representanten för centret betonar att jämlik vård inte är detsamma som lika vård. Istället handlar det om hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa sig till individernas olika förutsättningar och behov där faktorer som språk, kunskap, kognitiv förmåga, social situation etc. kan ha stor betydelse. Centret har inte analyserat eller gjort några informationsinsatser specifikt för de två cancerformer som denna granskning handlar om. Däremot har centret medverkat i utbildningen av kontaktsjuksköterskor.

### 3 Vårdprocessen blåscancer

#### 3.1 Kort om blåscancer och de aktuella klinikerna

Cancer i urinblåsan behandlas vid samtliga granskade sjukhus. Vid urologklinikerna/sektionerna är prostatacancer den största cancerformen, cancer i urinvägarna en mindre. Den helt dominerande delen patienter kommer via remiss från vårdcentral och oftast med indikationen blod i urinen. SVF innehåller kriterier för när misstanke om cancer kan anses vara välgrundad. Dessa remisser är då "SVF-märkta" vilket betyder att de ska prioriteras och att ledtiden till besök vid specialistkliniken ska vara högst 4 dagar. Specialistklinikerna i regionen varierar när det gäller tillgänglighet men inga klarar alla patienter inom 4 dagar. Det är enligt processägaren ännu inte helt inarbetat hos all personal vid vårdcentralerna att dessa remisser ska SVF-märkas.

	SU	SÄS	NU
Antal SVF-remisser/månad (Jan-sep 2016) (Medel)	21 4 kvinnor, 18 män	18 8 kvinnor, 17 Män	33 9 kvinnor, 24 män
Andel som får cancerbesked	12 %	15 %	11 %
Operationssätt* (Mindre komplicerade)	Främst öppenvårdsoperationer	Främst slutenvårdsoperationer	Främst slutenvårdsoperationer
Processledare	Ja	Ja	Ja
Koordinator	Ja	Ja	Ja
Kontaktsjuksköterskor	Ja	Ja	Ja
Ledtid	14-42 dagar beroende på cancerform. Maximal ledtid enligt SVF är 38 dagar.		

\* Ett mindre antal av patienterna behöver avancerade operativa ingrepp. Samtliga dessa genomförs vid SU för hela regionen. När det gäller de mindre avancerade ingreppen har sjukhusen olika strategier huruvida operationerna genomförs som polikliniska operationer eller som slutenvårdsoperationer. Utvecklingen går mot en allt större andel polikliniska operationer.

Väntetiderna till de avancerade operationerna där hela urinblåsan opereras bort (cystectomi) har varit långa och utgjort ett problem för de remitterade patienterna. Enligt intervjuad processägare för blåscancerprocessen ser dock situationen bättre ut nu efter att den puckel som tidigare fanns är bortarbetad. Situationen är dock ännu inte tillfredsställande. Enligt processledaren vid NU-sjukvården är väntetiderna fortfarande så långa att möjligheterna till bot kan påverkas negativt. Det ska enligt SVF ta maximalt 9 dagar från beslut till utförande av cystectomi – ett mål som inte uppfylls.

Över tiden har andelen remitterade patienter som får cancerbesked minskat vilket enligt intervjuerna beror på en önskvärd glidning av indikationen misstänkt cancer. Risken för att missa cancerpatienter har därmed minskat vilket var avsikten. I och med att fler nu remitteras till specialistklinikerna så ökar antalet utredningar och provtagningar vid sjukhusen och motsvarande minskning sker inom primärvården. Denna förändring har varit något mindre vid NU än vid övriga sjukhus.

När vi ställt frågan om SVF medfört undanträngningseffekter så har de flesta svarat att så är fallet. Vid exempelvis SU har väntetiden till nybesök förkortats från ca 2 veckor till 4 dagar för dessa patienter. Flera påpekar emellertid att ordet undanträngning blir missvisande eftersom det inte är nya patienter. Det rör sig snarare om att det skett ändrade prioriteringar i de redan existerande köerna till specialistklinikerna. Samtliga kliniker har väntetider för urologpatienter trots att både SU och NU har en överproduktion i förhållande till beställningen. Processledaren vid NU-sjukvården uppger att det i princip bara är cancerpatienterna man hinner med idag. Risken med kösituationen är att det kan finnas cancerpatienter bland de som remitteras men som inte är SVF-märkta.

I granskningen har det framkommit beskrivningar av vad som kan benämnas som undanträngning och det handlar om att prostatacancerpatienter och blåscancerpatienter behandlas vid urologklinikerna/sektionerna. På SU tränger prostatacancerpatienter ibland undan blåscancerpatienter, vid SÄS tränger uppföljningen av blåscancerpatienter undan uppföljning av prostatacancerpatienter. Flera av de intervjuade betonar vikten av en aktiv produktionsplanering för att klara uppdraget och att denna produktionsplanering till viss del sker i ett regionalt perspektiv. Processledaren vid NU menar att det snarare handlar om en medveten och avsiktlig ommöblering i vårdköerna än en undanträngning.

När det gäller vårdcentralernas arbete ger de intervjuade cheferna en positiv bild av införandet av SVF. Arbetet har förenklats betydligt för vårdcentraler genom den standardisering som SVF innebär. Kriterierna för indikationer är gemensamma, tydliga och bygger på evidens vilket gör att kvaliteten kan vidmakthållas även vid omsättning på läkare vid vårdcentralerna.

### **3.2 Information och stöd till verksamheten**

Implementeringen av det standardiserade vårdförloppet för blåscancer startade 1 september 2015 och var implementerat vid årsskiftet. Våren 2015 gick RCC ut med information om implementeringen till sjukhusen och alla distriktsläkare fick information om vad SVF innebär för primärvården. RCC har inte varit med i själva implementeringsarbetet men hade i juni 2015 ett avstämningsmöte för att följa upp arbetet.

Processägaren har varit på turné och besökt primärvården och informerat. Ansvariga läkare vid urologverksamheterna (processledare) ingår i nätverk i regionen som processägaren för SVF bjuder in till några gånger per år.

Under 2015 genomförde RCC 10 heldagarsutbildningar kring SVF för 470 av primärvårdens 800 läkare. Även koordinators och kontaktsjuksköterskor har utbildats av RCC. Enligt intervjuad chef för RCC sker utbildningar även under hösten 2016 men för de nya SVF som är på väg är planen att sjukhusen själva tar över dessa arrangemang men med stöd från RCC. De vi intervjuat i denna granskning vittnar samtliga om att dessa utbildningar varit bra och uppskattade fastän koordinatorsutbildningen kom lite sent på hösten efter att flera SVF införts.

IT-stödet har däremot brutit vid införandet av SVF, enligt intervjuade på SU. Systemet INKA som används för prostatacancer testas för blåscancer för att ha aktuella uppgifter om varje patient och dess ledtider. Chefen för RCC uppger att ett fungerande IT-stöd beräknas vara i funktion under hösten 2016. Då ska alla ledtider enkelt kunna följas upp.

### **3.3 Vårdförloppet**

Som beskrivits ovan börjar processen nästan alltid på vårdcentralen. Alla patienter över 40 år och med blod i urinen remitteras som SVF-märkta remisser. Även yngre med identifierade

riskfaktorer remitteras. Patienten informeras om hur det kommande förloppet kommer att se ut.

Processen på sjukhuset kan variera något vid olika sjukhus men i stora drag följer den ett mönster som styrs av SVF. Vid besöket på sjukhuset sker flera insatser samma dag. Förloppet med att komma för provtagning och CT och sedan träffa urolog för cystoskopi finns i Uddevalla. På övriga sjukhus finns inte samma uppbyggnad. Ofta finns inte CT färdig då patienten är hos läkare för cystoskopi på övriga enheter, enligt processägaren. Inga kliniker klarar av allt inom 4 dagar men det varierar i regionen. Patienten kallas på morgonen för provtagning varefter det sker röntgen. På eftermiddagen träffar patienten läkare. De patienter som får cancerdiagnos kallas till operation efterföljande vecka. Innan vårdförloppet infördes tog det cirka fyra veckor från provtagning till operation, idag tar det dryga veckan. I övrigt uppges det inte vara någon skillnad mot tidigare, patientgruppen var högprioriterad också före SVF. Koordinatören på kliniken svarar för planering av operationer, kontakt med remittenterna, sortering av remisser och bokning av provtagning samt andra koordinerande uppgifter. Administrationen av provtagningar är central eftersom specialistkliniken svarar för detta nu och för att de ledtidskrav som finns är beroende av att diagnostikdelarna fungerar. SVF stipulerar att det ska finnas förbokade tider på röntgen för dessa patienter vilket också är fallet vid de granskade sjukhusen. I vissa fall är det en av kontaktsjuksköterskorna som också har rollen som koordinator.

Alla patienter har en kontaktsjuksköterska på de granskade sjukhusen. Deras arbetssätt är likartat men det finns vissa variationer sjukhusen emellan. Om det finns indikation på cancer redan vid första besöket får patient information om kontaktsjuksköterska, annars får den information om detta när cancerbesked ges. Om inte kontaktsjuksköterskan kan vara med vid besöket tas en telefonkontakt samma dag. Vi vissa sjukhus har patienten endast en kontakt medan vid andra har tillgängligheten prioriterats vilket innebär att patienten alltid kan nå en kontaktsjuksköterska men de kan vara olika personer.

Förebyggande åtgärder är att sluta röka. De flesta som får cancerdiagnos är mycket motiverade att sluta, enligt intervjuade. Om behov finns erbjuds rökavvänjning både vid sjukhuset och inom primärvården.

Sammantaget kan det konstateras att vårdprocessen har blivit väsentligt uppstyrd via införandet av SVF, inte bara när det gäller ledtider utan även remissförandet.

### **3.4 Kompetensförsörjning**

Det är stor brist på urologer i Sverige men av intervjuer framgår att specialitetens status har förbättrats och därmed intresset att välja denna inriktning. Vid SÄS finns sex urologer och en ST, kliniken överväger att utöka med ytterligare en ST. Målsättningen är att rekrytera personer som bor inom upptagningsområdet. Cirka hälften av läkarna vid SÄS bor i Göteborg och erfarenheten är att läkare som har längre restider slutar när det ges möjlighet till jobb närmare bostaden. Vid NU-sjukvården är alla tjänster besatta både vad gäller läkare och sjuksköterskor men produktionen täcker inte det totala behovet trots en överproduktion. Samma sak gäller SU.

Sjuksköterskor till mottagningarna är lättare att rekrytera än till avdelningarna. Idag är alla platser öppna men flera kommer behöva stängas p.g.a. sjuksköterskebrist vid SÄS. Problematiken diskuteras återkommande inom sjukhusledningen. Det efterlyses mer stöd från regionen av de intervjuade för att öka attraktiviteten som arbetsgivare.

På SU finns en utbildad sjuksköterska som genomför cystoskopikontroller och ytterligare två ska få utbildningen.

Inom regionen är det urologmöten en gång per termin vilket är det primära fortbildningstillfället för läkare. Då läkemedelsinslaget är litet i behandlingen av blåscancer erbjuds få utbildningar av läkemedelsföretagen, i det avseendet är det stor skillnad mellan olika diagnoser.

Kontaktsköterskorna har fått utbildning för rollen. Idag finns ingen specialisering som urologsjuksköterska så de har sin specialisering i allmän kirurgi. Urologkliniken vid SÄS överväger att utbilda en sjuksköterska för att genomföra cystoskopi vid återbesök. Det är ett sätt att minska väntetiderna. Erfarenheterna av att utbilda sjuksköterskor för liknande undersökningar för andra diagnoser är god. NU-sjukvården har samma planer men den intervjuade processledaren menar att eftersom alla tjänster är besatta kan man inte minska läkarbemanningen då köerna är betydande.

Sammanfattning av iakttagelser i blåscancerprocessen:

Positiva	Brister
Många ledtider har kortats väsentligt	Det är inte helt inarbetat att alla remisser ska SVF-märkas vid misstanke om cancer
Andelen remisser med misstänkt cancer där patienten får cancerdiagnos har minskat vilket innebär ökad säkerhetsmarginal	Väntetiderna till cystectomi är längre än kravet i SVF
Vårdcentralernas arbete har förenklats och kvalitetssäkrats bättre än tidigare	Måltiden från remiss till förstabesök klaras inte av alla kliniker
RCC:s utbildningar för läkare och sjuksköterskor har varit uppskattade	Undanträngning av andra cancerpatienter sker på olika sätt vid olika sjukhus
	Det finns risk för att vårdplatser kan komma att stängas vid SÄS på grund av sjuksköterskebrist
SVF-patienter har prioriterats framför andra patienter med benigna och andra besvär. I flera fall har dessa patienter svårt att nå specialistvården. Det kan även finnas cancerpatienter bland de som inte är SVF-märkta. Samtliga granskade kliniker har väntetider för urologpatienter.	
De granskade sjukhusen tillämpar olika strategier för de operationer som genomförs lokalt. Det råder inte samsyn mellan sjukhusen eller inom sjukhusen huruvida dessa operationer bör genomförs polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer.	

## 4 Vårdprocessen – lungcancer

### 4.1 Kort om lungcancer och de aktuella klinikerna

Även dessa patienter är i huvudsak remitterade från vårdcentralerna men vissa kan vara remitterade från andra specialiteter. Av de patienter som diagnostiseras för lungcancer lever ca 85 procent 2-3 år men ofta kortare. Femårsöverlevnaden ligger strax under 15 procent, något högre för kvinnor än män. Dödligheten är således hög. Förekomsten av lungcancer har varit ganska stabil de senaste fem åren (800-850 fall/år) inom regionen men med skillnader mellan HSN-områden. I Göteborg har antalet fall minskat något.

Kriterierna i SVF för misstanke är bland annat hosta för personer (rökare eller f.d. rökare) över 40 år i sex veckor. Enligt vissa intervjuer med vårdcentraler är det omöjligt att följa eftersom det skulle innebära ett mycket stort remissflöde till specialistvården. Det sker oftast en anpassning där bedömningen görs i beaktande av andra riskfaktorer som rökning, etc.

	SU	SÄS	NU
Totalt antal SVF-remisser (maj-sep 2016)	44	17	7
Andel som får cancerbesked	48 %	59 %	Ingen uppgift
Processledare	Ja	Ja	Ja
Koordinator	Ja	Ja	Ja
Kontaktsjuksköterskor	Ja	Delvis	Ja

Det standardiserade vårdförloppet startade i maj 2016 vilket förklarar att volymerna är små. RCC har heller inte hunnit få in statistik på ledtider.

Lungcancerpatienter vårdas i de flesta fall av specialister inom lungmedicin. Det är brist på specialistläkare och det pågår arbete för att klara vårdbehovet, bland annat koncentration av arbetsuppgifter för läkare där läkarkompetensen är nödvändig. Det är också brist på sjuksköterskor. Vid SU har det lett till stängda vårdplatser och på SÄS att alla patienter inte har en utsedd kontaktsjuksköterska. Se vidare 4.3. Även vid NU-sjukvården råder brist på både specialistläkare och sjuksköterskor.

En viss del av patienterna behöver bildiagnostik i form av en datortomografisk röntgen (s.k. PET) för att se om cancern spridits. Denna undersökning görs endast vid SU. Undersökningen ligger till grund för beslut om behandlingsinsatser. I maj 2016 var väntetiden 1,5 månad men bör vara två veckor, enligt några intervjuade läkare.

Kirurgiska ingrepp, vilket sker i de fall cancern är i ett tidigt stadium, sker endast vid SU. Strålbehandling sker vid SÄS och SU.

#### 4.2 Vårdförloppet

Den 2 maj 2016 infördes SVF för lungcancer i Sverige. Enligt intervjuerna har arbetet redan tidigare präglats av både vårdprogrammet och SVF men det som är en märkbar skillnad är kravet på ledtiderna. Mätningar av ledtider har gjorts sedan 90-talet men idag uppges komplexiteten i vården vara större än när mätningarna startade. Förloppet tar dock inte längre tid vilket är ett uttryck för högre effektivitet idag än då, menar vissa intervjuade.

I korthet ser vårdförloppet ut så här:

- ▶ Remiss (SVF-märkt) skickas till specialistklinik då symtom identifieras vid vårdcentral eller annan vårdenheter
- ▶ Lungröntgen genomförs (Vissa kan avslutas efter denna röntgen)
- ▶ Därefter vidtar upp till 8 utredningsblock beroende på problematiken, fram till beslut om behandling
- ▶ Behandling startas och ska starta mellan 30 och 44 dagar efter att välgrundad misstanke konstaterats. Ledtiden varierar beroende på behandling.

Svårigheten med att minska ledtider är, enligt ett par intervjuade, att det inte är ett jämnt inflöde av patienter varför det måste finnas en god förmåga att hantera variationer. Det kräver också förmåga till omställning av produktionskapaciteten. Processledaren på SU har i flera år arbetat med en professor på Chalmers rörande kapacitets- och produktionsstyrning. Detta arbete och andra analyser som gjorts visar att det bör finnas en överkapacitet på upp till 15 % för att ha en optimal produktivitet.

Cirka hälften av de patienter som utretts de senaste åren på SU uppges ha ledtider som svarar mot de som föreskrivs med SVF. Orsakerna till längre ledtider varierar. Patienter kan välja att åka på resa, avvakta behandling p.g.a. svag hälsa och av andra skäl. Den största flaskhalsen är tillgång till PET-tider. De med låg misstanke kan få vänta fyra veckor på undersökning. Viss väntan är det också på bronkoskopi. Idag har mottagningen på SU sex förbokade PET tider i veckan men skulle behöva 15. Bemanningssituationen kan också påverka förloppet. 70-80 procent av patienterna bedöms kunna få behandling inom föreskriven tid om det finns personalresurser. För övriga finns andra skäl, i huvudsak faktorer som patienten styr, som gör att det tar längre tid. Vid NU-sjukvården beskriver intervjuad processledare att det kommer att bli en utmaning att klara SVF:s krav på ledtider. Ledtiden var vid införandet i maj ca 14 dagar till nybesök, nu ska den vara max 5 dagar.

Samtliga tre granskade specialistkliniker genomför olika åtgärder för att klara de nya ledtiderna. Vid SU arbetar exempelvis ett flertal arbetsgrupper med remissflödet, diagnostiken och behandlingsflödet. Vis SÅS införs nu produktions- och kapacitetsplaneringsmetoder för lungsjukvården.

Kontaktsköterskorna får ett starkt och positivt gensvar från patienterna, enligt intervjuade sköterskor. Patienterna vet att de finns och kan nå dem.

#### 4.2.1 Förändringar i och med SVF och flaskhalsar

Följande förändringar är en konsekvens av införandet av SVF enligt intervjuade (vissa variationer förekommer):

- Remisserna inkommer via fax och läggs på ett ställe. Koordinatorer sorterar.
- Förbokade tider på röntgen förekommer i allt högre grad.
- Nya krav för ledtider.
- Formaliserad koordinatorfunktion som leder till bättre logistik. Koordinatorrollen finansieras med medel som utgick för SVF från sjukhusledningen. Underlaget för att erhålla medlen var att beskriva flaskhalsar i befintligt arbetssätt för att klara kraven med SVF:s ledtider.
- Resursförstärkning till röntgen och patologi med SVF-medel för att klara det ökade trycket från många SVF.
- Läkare träffar patient några dagar efter inkommen remiss, tidigare tog det ca 10 – 14 dagar.

Implementeringen av SVF för lungcancer på SÅS innebar mindre förändringar sett till tidigare rutiner, enligt intervjuade. Skillnaden är en mer utvecklad dokumentation vilket uppfattas som positivt. Då många SVF införs samtidigt har det blivit en hård belastning på röntgen. SVF har fått ett mycket positivt mottagande av professionen. Även om det inte innebär förändringar är det bra att ha dokumenterat vem som svarar för vad, enligt intervjuade.

Vid SÅS finns en av regionens tre apparater för att genomföra bronkoskopi med ultraljud. Den har varit trasig en tid vilket lett till väntetider. En läkare vid SÅS behärskar denna teknik,

sårbarheten uppges vara densamma vid de andra sjukhusen i regionen. Denne läkare kan aldrig vara ledig mer än två veckor för då växer kön. Undersökningen är skonsam för patienten, tar 30 minuter och ger mycket tillförlitlig information som ligger till grund för beslut om behandlingar. Det nya bildcentret på SU och ytterligare en kamera nästa år kommer eventuellt minska köerna till bronkoskopi med ultraljud. Processledaren vid SÄS är dock tveksam till att den effekten uppstår. Idag, med en kamera och med rådande väntetider, görs inte alla undersökningar i rätt ordning vilket innebär att en del kan behöva göras om, enligt uppgift.

Enligt SVF ska behandlingen starta inom 30 - 44 dagar från det att remissen inkommit. Det uppfyllts inte idag vid SÄS p.g.a. nämnda flaskhals. Därtill kommer väntetider hos patolog och hos den läkare som gör biopsi.

På SU är ledtiderna en utmaning. Det är många inblandade kompetenser som sektionen inte har rådighet över såsom röntgen och patolog och strålning. Det är enklast att klara ledtiderna där det enbart är aktuellt med palliativ vård och mer utmanande för patienter som bedöms ha överlevnadsmöjlighet då det fordras en serie av insatser av varierande kompetenser. Sektionschefen vid lungkliniken på SU kan inte säga när de klarar målet om ledtider men att de hoppas ha kommit en god bit på vägen om ett år.

Läkarna som är ansvariga för SVF lungcancer på sjukhusen, har ett nära samarbete och det sker löpande uppföljningar och erfarenhetsutbyten under ledning av processägaren. Samarbetet handlar bl.a. om PET-tider och samordning av dessa. De har sedan tidigare möten några gånger per år men dessa har varit mer frekventa nu inför SVF.

Undanträngningseffekter av SVF har diskuterats på alla granskade enheter och i de nätverk där processledarna träffas. På SU noteras att återbesök för patienter med andra lungsjukdomar lett till längre väntetider. KOL hanteras vid annan enhet vilket gör att dessa patienter inte påverkas. Sektionen har i uppdrag att dokumentera undanträngning och detta ska rapporteras till sjukhusledningen.

Med SVF görs olika block med undersökningar. Det innebär att fler undersöks men den individuella bedömningen är inte lika stor då det ska gå fort. Sannolikt kommer inflödet av utredningar öka. Det är erfarenheten från Danmark och andra länder. SVF har en marginell påverkan på överlevnad för lungcancer men har en psykosocial betydelse eftersom patienten upplever att det går snabbt, enligt intervjuade läkare. Det får dock inte ske på bekostnad av kvalitet.

Effekter av SVF som patienterna märker, enligt intervjuade på SU och vid NU, är ett snabbare förlopp, en mer utvecklad roll för kontaktsköterskan och användandet av Min vårdplan som tidigare bara använts vid behandlingsmottagningen och nu implementeras vid utredningsmottagningen.

Genom vårdplanen dokumenteras patienternas delaktighet i större utsträckning. Patienterna har dock i flera år fått skriftlig information om behandling, enligt intervjuade. De kan t ex få röntgenbilder utskrivna och uppmuntras att ta del av dem men det varierar om patienterna vill. Idag kan patienten också läsa sin egen journal på nätet.

### **4.3 Kompetensförsörjning**

Det överordnade problemet och utmaningen för bl.a. SVF är kompetensförsörjningen, enligt i stort sett samtliga intervjuade på sjukhusen som arbetar med lungcancerpatienter. Idag måste vården minska i omfattning p.g.a. bemanningen. NU och SU har lyckats rekrytera läkare men på SÄS och SKAS är läget akut. NU har dock för få specialister trots att de rekryterat.

Flera intervjuade berättar att det saknas cirka 100 lungläkare i Sverige. Det har inte varit något riktigt genombrott i behandlingen av lungcancer och det påverkar intresset för specialiteten, enligt dem. Nu kommer dock nya läkemedel som kan förlänga livet en aning men något verkligt genombrott är ännu inte i sikte. De nya medicinerna som visat sig ge viss effekt handlar om tumörer kopplade till genetiska förändringar.

Flera ser gärna rekrytering av nyanlända bl.a. för att få tillgång till deras språkkunskaper och kulturella kompetens. Idag är det fler patienter med turberkolos och många nyanlända röker vilket troligen kommer innebära att lungcancer blir mer vanligt förekommande.

Patologer är nyckelkompetenser för behandlingen. Det är en bristvara i Sverige men SÄS har lyckats rekrytera. Digitaliseringen och de nya arbetssätt som kan följa med denna bedöms öka intresset för patologi. De intervjuade ser fram emot en ökad digitalisering i verksamheten, det är fortfarande väldigt mycket papper som tar tid. Med digitaliseringen bedöms också patientsäkerheten kunna öka.

Det uppges vara stora bemanningsproblem både på onkologiska kliniken och på utredningsmottagningen på SU. Det är vakanser, och bristen på sköterskor möts upp med koordinatorkfunktionen och en förstärkning med två administrativa sekreterare.

Sektionschefen på SU ser att lösningen för sjuksköterskor är workshifting, d.v.s. att administratörer tar över uppgifter från sjukvårdsutbildad personal eller att arbetsuppgifter flyttar mellan olika yrkesgrupper. Erfarenheten är begränsad än så länge men där det prövats uppges det ha fungerat mycket bra.

Det har hittills gått att rekrytera sjuksköterskor till medicinkliniken på SÄS. Det finns dock viss oro i organisationen till följd av den förändrade organisationen, enligt intervjuade. Nya sjuksköterskor har rekryterats till följd av förändrade arbetssätt. Vid NU-sjukvården råder brist på sjuksköterskor och det finns en uppenbar risk att vårdplatser kan behöva stängas.

En av läkarna vid SU ger korta utbildningar och handleder kollegor för att föra över kompetens om lungcancer. Olika lathundar har upprättats. Lungläkarna måste ha kompetens inom ett stort antal områden och dagens bemanningssituation medger inte en långtgående specialisering, enligt intervjuade. Mindre erfarna läkare arbetar med utredningar sedan ett par år. Det har fördröjt utredningstiderna, enligt en av de intervjuade.

Samtliga lungläkare inom regionen träffas två gånger per år och uppges ha en god kunskapsdelning mellan dessa möten där bland annat kunskap från konferenser sprids i kollegiet.

Sammanfattning av iakttagelser i lungcancerprocessen:

Positiva aspekter	Brister
Många ledtider har kortats väsentligt	Alla patienter får inte en namngiven kontaktsjuksköterska vid SÄS.
Vårdcentralernas arbete har förenklats och kvalitetssäkrats bättre än tidigare	Det råder inte samsyn kring kriterierna för välgrundad misstanke som ska resultera i SVF-remiss
RCC:s utbildningar för läkare och sjuksköterskor har varit uppskattade	Det råder brist på specialistläkare och sjuksköterskor
	Väntetiden till datortomografisk röntgen (PET) är avsevärt längre än vad som stipuleras i SVF.

## 5 Primärvården

### 5.1 Information och stöd

Primärvårdens läkare har av RCC fått information om SVF vid ett tillfälle om tre dagar där blåscancer var en av fem diagnoser som avhandlades. Utbildningarna har varit mycket uppskattade och bidragit till kompetenshöjning inom området enligt de intervjuade. Intervjuad chef vid Frölunda vårdcentral<sup>2</sup> berömmar det stöd som RCC givit till vårdcentraler för hur arbetet kan styras på vårdcentralen. Chefer har fått ett bra stöd för införandet.

### 5.2 Implementering

Utöver utbildningstillfällena har RCC Väst även givit stöd till vårdcentraler under införandet av SVF. Vid vårdcentralerna arbetar man på olika sätt med att sprida kunskapen om SVF och de intervjuade menar att den standardisering som detta inneburit har gjort det betydligt enklare för läkarna att agera rätt trots att det finns ett flertal olika cancerformer. Det har inneburit en kvalitetssäkring i sig.

Äldre läkare upplever en stor poäng med att det nu blir likartade arbetssätt läkare emellan. För yngre läkare ger SVF en bra vägledning och kompetenshöjning då de inte så frekvent kommer i kontakt med patienter som kan ha en cancerdiagnos. Detta gör att det är stort intresse från läkarna som vill vara med och diskutera de aktuella patienterna.

På vårdcentralen Heimdal har man exempelvis gått igenom hur remisser ska skrivas för att säkerställa att de är kompletta så att det inte behövs göras tillägg och därmed att det sinkar tid. Instruktioner har tagits fram och plastats in och finns på varje skrivbord. Det är genom vecko- och månadsmöten som det säkerställs att överenskomna arbetsätt tillämpas.

Det upplevs som en fördel att det finns koordinatörer på sjukhusen, då är det tydligt enligt intervjuade vart de ska skicka remiser samt att de får bekräftelse samma dag de mottagits. Det är viktigt att informera patienten om SVF enligt intervjuade inom primärvården, bl.a. om samarbetet mellan VC och sjukhuset samt att det kan komma att gå snabbt så att de har beredskap. Detta bekräftas av intervjuade på sjukhusen. Patienterna måste t.ex. svara i telefon och infinna sig när de blir bokade. Detta är en utmaning i sig för patienterna.

De intervjuade inom vårdcentralerna har ännu inte kunnat se att SVF fått effekter för andra patienter. De har heller inte sett vilka effekter det kan ge för eftervården inom primärvården.

Sammantaget har införandet av SVF haft två positiva förändringar för vårdcentralerna. För det första har kunskapsstyrningen till allmänläkare förbättrats genom standardisering. För det andra har administration och kostnader för provtagning flyttats från primärvården till specialistvården.

---

<sup>2</sup> Den intervjuade hade nyligen avgått som chef och verkar nu som utvecklingsresurs inom Närhälsan.

## 6 Slutsatser och bedömningar

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusstyrelserna har säkerställt att fastställda vårdprogram och riktlinjer efterlevs. Vidare är syftet att bedöma om hälso- och sjukvårdsstyrelsen säkerställt en ändamålsenlig regional styrning och uppföljning av nationella och regionala vårdprogram och riktlinjer. I detta avsnitt ges kortfattade svar på revisionsfrågorna och en sammanfattande bedömning plus rekommendationer.

### 6.1 Svar på revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar
1. Har styrelsen utformat en ändamålsenlig styrning och uppföljning för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs?	<p>Ja.</p> <p>Styrningen för att säkerställa att vårdprogram och riktlinjer för cancer i urinvägarna och lungcancer efterlevs sker främst genom de direktiv som ges till RCC Väst. I hälso- och sjukvårdsstyrelsens budget ges tydliga direktiv till RCC och medel avsätts för processkoordinatorer. Det är också RCC som fördelar de statliga medel som utgår för cancervård. Även rollstrukturen för processtyrningen är tydligt formulerad och styrd. Styrelsen följer upp RCCs uppdrag.</p>
2. Svarar vården för de utvalda cancerformerna upp mot kraven i de standardiserade vårdförloppen/vårdprogram/riktlinjer?	<p>Delvis. Den övergripande bedömningen är att patienter med misstänkt eller konstaterad blåscancer har fått en betydligt snabbare process genom vården även om det är ett flertal ledtider som ännu inte uppfyller kraven i SVF ännu. Det finns alltså ett behov av att korta vissa ledtider.</p> <p>Det standardiserade vårdförloppet för lungcancer har ännu inte satt sig och det finns bara delvis en uppföljning som visar måluppfyllelsen. Det beror på att SVF infördes i maj 2016.</p> <p>Kompetensbrister är den viktigaste orsaken till de brister i följsamheten till SVF som finns.</p> <p>Även kapacitetsbrister orsakar problem. Det gäller dels de avancerade urinblåseoperationerna för blåscancer samt för datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter. I båda dessa fall är situationen klart otillfredsställande och utgör en risk för patienterna.</p> <p>I vårdprocessens inledande skede då patienten vänder sig till vårdcentral har införandet av SVF haft en tydligt positiv effekt genom att kriterier för vad som ska utgöra välgrundad misstanke för cancer standardiserats. Detta säkerställer god kvalitet och underlättar för läkare vid vårdcentralerna. Implementeringen av dessa kriterier är dock inte ännu fullständig. Det händer att läkare missar att "SVF-märka" remisser.</p> <p>Dessa brister rörande kapacitet, ledtider och kompetensförsörjning ligger i de flesta fall inom utförarstyrelsernas ansvar.</p>

3. Har införandet av de standardiserade vårdförloppen haft inverkan på vården av övriga cancerpatienter eller annan vård?

Delvis. Cancerpatienter har fått en tydlig prioritering och vilket medfört förändringar i klinikernas köer och väntelistor. Detta har inneburit att andra patienter får stå tillbaka och i flera fall får vänta väldigt länge på vård inom regionen. Bedömningen är emellertid att uttrycket undanträngning leder fel eftersom detta är en medveten prioritering av patienter. I den mån andra patienter med benigna eller andra besvär får långa väntetider bör problemet formuleras som ett generellt köproblem. Det är inte ett problem orsakat av införandet av standardiserade vårdförlopp.

4. Sker den lokala implementeringen av de standardiserade vårdförloppen på ett ändamålsenligt sätt?

Ja

Det finns processledare på respektive sjukhus som tillsammans med övriga roller och styrgrupper har god överblick över införandet. Dessutom får sjukhusen och även vårdcentralerna ett gott stöd av Regionalt cancercentrum Väst.

5. Sker uppföljning på lokal nivå som stödjer regionuppdraget?

Ja, utförarstyrelserna får information om arbetet med SVF samt utfallet på ett antal nyckeltal. Även beställarnämnderna får information om SVF. Sättet att följa upp och valet av parametrar skiljer sig mellan sjukvårdsområdena vilket bedöms som mindre ändamålsenligt. Den starkaste uppmärksamheten i den politiska styrningen riktas mot ledtiderna, vilket är den viktigaste förändringen i och med de standardiserade vårdförloppen. Det är däremot oklart i vilken mån uppdragade brister leder till initiativ från utförarstyrelserna eller hälso- och sjukvårdsnämnderna.

Även patientupplevd uppföljning är utvecklad och bedömningen är att den framgent kommer att kunna fylla en viktig funktion i utvecklingsarbetet.

6. Sker uppföljning på regional nivå som stödjer regionuppdraget?

Ja, hälso- och sjukvårdsstyrelsen följer upp RCCs uppdrag. Regionalt cancercentrum Väst har också tagit ett stort ansvar för att uppföljningen ska bli ändamålsenlig.

## 6.2 Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Den övergripande styrningen av cancervården bedöms vara väl utvecklad i ett flertal avseenden. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har via Regionalt cancercentrum (RCC Väst) utvecklat en roll- och uppföljningsstruktur som gör att regionen kommer att ha en god överblick över cancervårdens kvalitet och kapacitet. Professionsstyrningen, d.v.s. den medicinska styrningen bedöms vara väl organiserad med processägare och processledare. I de fall cancervården brister eller kommer att uppvisa brister så kommer det att bli synligt i

den struktur som byggts upp. Det gäller även behov av eventuella förändringar i utbudsstrukturen. Strukturen bedöms även vara ändamålsenlig för att efterlevnaden av nationella riktlinjer blir god.

En fråga som inte är helt tydlig är vilken politisk instans som ska ta initiativ för att lösa kapacitetsbrister, köproblem, logistikproblem eller kompetensförsörjningsproblem. De köproblem som finns vid respektive sjukhus bör i första hand uppmärksammas och åtgärdas av respektive utförarstyrelse men ibland kan regionala initiativ vara en adekvat åtgärd vilket gör att Hälso- och sjukvårdsstyrelsens personalutskott därmed har ett ansvar.

En annan bedömning som gäller den politiska styrningen avser de olika hälso- och sjukvårdsstyrelserna. De prioriterade mål som respektive nämnd formulerat ser olika ut. Det är dock svårt att se att målens olikheter grundas på skilda demografiska, geografiska eller utbudsmässiga skillnader vilket i så fall skulle kunna motivera olikheter. Målen är generellt formulerade varför de borde vara desamma för de olika delarna av regionen för att styra mot jämlik vård.

På operativ nivå är bedömningen att avsevärda förbättringar för cancerpatienterna har skett i samband med införandet av de standardiserade vårdförloppen. Det finns dock ännu ett flertal ledtider som inte uppfyller kraven samt några allvarliga kapacitetsproblem som rör centraliserade resurser för diagnostik och operativa ingrepp. I takt med att fler standardiserade vårdförlopp införs bedöms diagnostiska resurser i form av patologi och röntgen vara en kritisk faktor. Brister där kan leda till konkurrens mellan och undanträngning av vissa cancerpatienter.

Granskningen visar även att patienter som söker besvär som inte misstänks vara maligna har fått stå tillbaka för cancerpatienterna. Detta är inget problem om klinikerna har god tillgänglighet vilket inte alltid är fallet. Detta tillgänglighetsproblem för mindre prioriterade patienter bör inte ses som en negativ effekt av de standardiserade vårdförloppen utan som ett generellt tillgänglighetsproblem.

Utifrån vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

- ▶ Tydliggör vilka initiativ som bör förväntas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnderna och utförarstyrelserna vid identifiera brister i cancervården.
- ▶ Primärvårdsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att initiera åtgärder för att säkerställa att primärvårdens läkare SVF-märker alla patienter med misstanke om cancer. Annars riskerar patienter med cancer bli lågt prioriterade med långa väntetider som följd och därmed få vård för sent.
- ▶ Utförarstyrelsen för SU rekommenderas vidta åtgärder för att lösa den bristande tillgängligheten till datortomografisk diagnostik för lungcancerpatienter samt för avancerade urinblåseoperationer (cystectomi).
- ▶ Utförarstyrelserna rekommenderas att vidta åtgärder för att korta de ledtider inom de standardiserade vårdförloppen som inte uppfyller kraven.
- ▶ Utförarstyrelsen vid SÄS rekommenderas vidta åtgärder för att säkerställa att alla cancerpatienter får en namngiven kontaktsjuksköterska.
- ▶ Hälso- och sjukvårdsstyrelsen rekommenderas att analysera orsakerna till att blåscanceroperationer vid sjukhusen genomförs på olika sätt, polikliniskt eller som slutenvårdsoperationer. Regionen bör kunna svara på frågan om detta är förenligt med kravet på likvärdig vård eller ej.

Stockholm den 29 november 2016

Anders Hellqvist och Lena Joelsson

Certifierade kommunala revisorer, EY

## **Bilaga 1 Intervjuade funktioner**

Processägare lungcancervården, SU  
Processägare blåscancervården, SU  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
Enhetschef Kunskapscentrum jämlik vård

### **Vid SU**

Verksamhetschef urologi  
Verksamhetschef lungmedicin och allergologi  
Sektionschef lungmottagning  
Processledare blåscancer  
Processledare lungcancer  
Kontaktsjuksköterska blåscancer  
Kontaktsjuksköterska lungcancer  
Vårdcentralschef Frölunda vårdcentral

### **Vid NU-sjukvården**

Processledare lungcancer  
Processledare blåscancer  
Verksamhetschef Medicin  
Kontaktsjuksköterska/koordinator lungcancer  
Vårdcentralschef Färjelanda

### **Vid SÄS**

Verksamhetschef Medicinkliniken  
Verksamhetschef kirurgkliniken  
Ansvarig läkare SVF lungcancer  
Kontaktsjuksköterska lungcancer  
Ansvarig läkare SVF blåscancer  
Uroterapeut  
Vårdcentralschef Heimdal  
Vårdcentralschef Tranemo

### **RCC Väst**

Chef för RCC-Väst (Var chef fram till sommaren 2016)  
Samtal har även förts med tjänstemän kring statistik och uppföljning

# Ärende 5

### Tjänsteutlåtande

Datum 2017-05-24

Diarienummer NU 2016-00525

### Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/ambulansverksamheten

Handläggare: Björn Kalin

Telefon: 010-435 10 11

E-post: bjorn.kalin@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Hyresavtal ny ambulansstation Lysekil

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Hyresavtal för ny ambulansstation i Lysekil tecknas för perioden 2018-10-01--2043-09-30 enligt bifogat avtal.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### Sammanfattning av ärendet

NU-sjukvårdens ambulansverksamhet planerar med hjälp av Västfastigheter att byta lokaler i Lysekil. Lokalen vid Rosviks torg är i flera avseenden inte längre funktionell och är ur ett strategiskt perspektiv inte optimalt placerad.

### Fördjupad beskrivning av ärendet

Lokalen vid Rosviks torg är i flera avseenden inte längre funktionell och är ur ett strategiskt perspektiv inte optimalt placerad. Garaget klarar inte att inhysa ambulanser av större modell vilket bedöms som en nödvändighet för att inom en snar framtid möta nya krav på den prehospitla vården. Övriga funktionella krav ligger inom ramen för NU-sjukvårdens arbetsgivaransvar med ansvar för bland annat arbetsmiljö.

De strategiska delarna består främst av den trängsel som är under de högintensiva sommarmånaderna och hur en enhets aktionsradie nyttjas. Trängseln begränsar ambulansernas framkomlighet avsevärt och försvårar uppdraget att ge service med god tillgänglighet till invånarna i området. Beträffande aktionsradie så gäller logiken ”desto längre in på fastlandet, ju högre blir enhetens tillgänglighet för hela området”.

Mot bakgrund av resonemanget föreslås styrelsen för NU-sjukvården att teckna hyresavtal med Lysekilsbostäder AB för ny ambulansstation på fastigheten Sivik 1:5. Detta mot en tvådelad hyreskostnad där drifts- och underhållskostnaden uppgår till 156 tkr/år och ska justeras med KPI-index mot bastal oktober 2016 och kapitalkostnaden är beräknad till 860 tkr/år för de första 15 åren och kommer att justeras efter verklig kostnad.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Magnus Kronvall  
Områdeschef område I

**Bilaga**

- Hyresavtal för ny ambulansstation i Lysekil

**Beslut skickas till**

- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Planeringschef, [anders.kullbratt@vgregion.se](mailto:anders.kullbratt@vgregion.se) – för genomförande
- Områdeschef område I, [magnus.kronvall@vgregion.se](mailto:magnus.kronvall@vgregion.se) – för kännedom
- Verksamhetschef ambulansverksamhet, [bjorn.kalin@vgregion.se](mailto:bjorn.kalin@vgregion.se) – för kännedom



Undertecknande parter har denna dag träffat följande hyresavtal.

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller

Hyresvärd	Namn: LysekilsBostäder AB		Personnr/orgnr: 556516-7870			
Hyresgäst	Namn: Västra Götalandsregionen		Personnr/orgnr: 232100-0131			
	Aviseringsadress: FE: 949, Id:8065001, 405 83 GÖTEBORG					
Lokalens adress m.m	Kommun: Lysekil		Fastighetsbeteckning: Sivik 1:5			
	Gata: -		Trappor/hus: -	Lokalens nr: 3020-4001		
Lokalens användning	Lokalen med tillhörande utrymmen hyrs ut för att användas till <b>Ambulanscentral</b> <input type="checkbox"/> Användningsändamålet har närmare angetts i bifogad specifikation.					
Lokalens skick	Lokalen hyrs ut i befintligt skick. <input type="checkbox"/> En beskrivning av lokalens skick vid detta kontrakts tecknande samt uppgift om vem som på tillträdesdagen i förekommande fall ska ha ombesörjt och bekostat dels åtgärdandet av brister, dels överenskomna ändringar framgår av bifogad besiktnings- och åtgärdsprotokoll.					
	Bilaga:					
Lokalens storlek och omfattning	Areatyp	Plan	ca m <sup>2</sup>	Areatyp	Plan	ca m <sup>2</sup>
	ca 440					
	Om i kontraktet angiven area avviker från faktisk area medför avvikelsen inte rätt för hyresgästen till återbetalning eller sänkning av hyran respektive hyresvärden rätt till högre hyra. <input checked="" type="checkbox"/> Omfattningen av den förhyrda lokalen framgår av bifogade ritning(ar).					
Bilaga:						
<input type="checkbox"/> Tillfart för bil för i- och urlastning		<input type="checkbox"/> Plats för skylt	<input type="checkbox"/> Plats för skyltskåp/automat	<input type="checkbox"/> Parkeringsplats(er) för _____ bil(ar)	<input type="checkbox"/> Garageplats(er) för _____ bil(ar)	<input type="checkbox"/>
Hyrestid	Från och med den: 2018-10-01			Till och med den: 2043-09-30		
Uppsägningstid/ Förlängningstid	Uppsägning av detta kontrakt ska ske skriftligen minst <u>9</u> månader före den avtalade hyrestidens utgång. I annat fall är kontraktet för varje gång förlängt med <input type="checkbox"/> _____ år <input checked="" type="checkbox"/> <u>36</u> månader					
Hyra	Kronor <b>Se bilaga 7</b> per år exklusive nedan markerade tillägg					
Indexklausul	<input checked="" type="checkbox"/> Ändring av ovan angiven hyra sker i enlighet med bifogad indexklausul.					Bilaga: 1
Fastighetsskatt	<input checked="" type="checkbox"/> Fastighetsskatt ersätts i enlighet med bifogad fastighetsskatteklausul.				<input type="checkbox"/> Fastighetsskatt ingår i hyran.	
Tillhandahållande av och betalning för el, va, värme, varmvatten, kyla och ventilation	Hyresvärden tillhandahåller/ombesörjer <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> va <input type="checkbox"/> Värme <input type="checkbox"/> Varmvatten <input type="checkbox"/> Kyla <input type="checkbox"/> Ventilation					
	Betalning:					
	El	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har eget abonnemang.	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.	<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:
	va	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har eget abonnemang.	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.	<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:
	Värme	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har eget abonnemang.	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.	<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:
	Varmvatten	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har eget abonnemang.	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.	<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:
	Kyla	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har eget abonnemang.	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.	<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:
Ventilation	<input type="checkbox"/> Hyresgästen betalar i enlighet med bifogad driftskostnadsklausul.		<input type="checkbox"/> Ingår i hyran.		Bilaga:	



Undertecknande parter har denna dag träffat följande hyresavtal.

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller

<b>Mätare</b>	Om hyresgästen ska ha eget abonnemang enligt ovan och mätare saknas utförs och bekostas installationen av erforderliga mätare av <input type="checkbox"/> hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> hyresgästen		
<b>Avfalls- hantering</b>	I den omfattning hyresvärden är skyldig att dels tillhandahålla utrymme för lagring av avfall, dels ordna borttransport av avfall är hyresgästen skyldig att placera avfall i avsett kärl på avsedd plats liksom att utan kompensation medverka till den ytterligare källsortering som hyresvärden kan komma att besluta. Härutöver gäller följande: <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen ska svara för och bekosta borttransport av avfall som härrör från den verksamhet som hyresgästen bedriver i lokalen (dock åligger det hyresvärden att tillhandahålla avfallskärl och erforderligt avfallsutrymme). Hyresgästen förbinder sig att med renhållningsentreprenör teckna och vidmakthålla kontrakt om borttransport av avfall. <input type="checkbox"/> Hyresvärden samordnar borttransport av avfall för flera hyresgästers verksamhet i fastigheten. Hyresgästen ska som tillägg till hyran till hyresvärden betala ersättning för hyresgästens andel av kostnaden för borttransporten. Lokalens andel av denna kostnad ska anses vara _____ procent. Hyrestillägget uppgår vid detta kontraktets tecknande till _____ kronor per år. <input type="checkbox"/> Kostnaden för borttransport av avfall som härrör från den verksamhet som hyresgästen bedriver i lokalen ingår i hyran. <input type="checkbox"/> Annan reglering enligt bilaga		
<b>Trappstädning</b>	<input type="checkbox"/> ingår i hyran	<input checked="" type="checkbox"/> ombesörjs och bekostas av hyresgästen	<input type="checkbox"/> annan reglering enligt bilaga
<b>Snöröjning och sandning</b>	<input checked="" type="checkbox"/> ingår i hyran	<input type="checkbox"/> ombesörjs och bekostas av hyresgästen	<input type="checkbox"/> annan reglering enligt bilaga
<b>Oförutsedda kostnader</b>	Skulle efter kontraktets tecknande oförutsedda kostnadsökningar uppkomma för fastigheten på grund av a) införande eller höjning av särskild för fastigheten utgående skatt, avgift eller pålaga som riksdag, regering, kommun eller myndighet kan komma att besluta om, eller b) generella ombyggnadsåtgärder eller liknande på fastigheten som inte enbart avser lokalen och som hyresvärden är skyldig att utföra till följd av beslut av riksdag, regering, kommun eller myndighet ska hyresgästen med verkan från inträdd kostnadsökning betala ersättning till hyresvärden för den på lokalen belöpande andelen av den totala årliga kostnadsökningen för fastigheten. Lokalens andel ska anses vara <u>100</u> procent. Har andelen inte angetts utgörs denna av hyresgästens hyra (exkl eventuell moms) i förhållande till de i fastigheten vid tidpunkten för kostnadsökningen utgående lokalhyrorna (exkl eventuell moms). För lokal som inte är uthyrd görs därvid en uppskattning av marknadshyran för lokalen. Med skatt enligt a) ovan avses inte moms och fastighetsskatt i den mån ersättning för denna betalas i enlighet med överenskommelse. Med oförutsedda kostnader menas sådana kostnader som vid kontraktets ingående inte beslutats av de under a) och b) angivna instanserna. Ersättningen betalas enligt nedanstående regler om hyrans betalning.		
<b>Mervärdesskatt (moms)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen ska bedriva momspliktig verksamhet i lokalen. <input type="checkbox"/> Hyresgästen ska inte bedriva momspliktig verksamhet i lokalen.		
<b>Hyresvärdens momsplikt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Fastighetsägaren/hyresvärden är skattskyldig till moms för uthyrning av lokalen. Hyresgästen ska utöver hyran erlagga vid varje tillfälle gällande moms. <input type="checkbox"/> Om fastighetsägaren/hyresvärden väljer att bli skattskyldig till moms för uthyrning av lokalen ska hyresgästen utöver hyran erlagga vid varje tillfälle gällande moms. Momsen, som ska betalas samtidigt med hyran, beräknas på angivet hyresbelopp jämte, enligt vid varje tidpunkt gällande regler för moms på hyran, på i förekommande fall enligt hyreskontraktet utgående tillägg och andra ersättningar. Om hyresvärden till följd av hyresgästens självständiga agerande – såsom exempelvis upplåtelse av lokalen helt eller delvis i andra hand (även upplåtelse till eget bolag), eller överlåtelse – blir jämkningsskyldig för moms enligt bestämmelserna i mervärdesskattelagen, ska hyresgästen fullt ut ersätta hyresvärden för dennes förlorade avdragsrätt. Hyresgästen ska vidare utge ersättning för den kostnadsökning som följer av hyresvärdens förlorade avdragsrätt för ingående moms på driftskostnader som uppstår genom hyresgästens agerande.		
<b>Hyrans betalning</b>	Hyran betalas utan anfordran i förskott senast sista vardagen före varje <input type="checkbox"/> kalendermånads början <input checked="" type="checkbox"/> kalenderkvartals början genom insättning på	PlusGiro nr:	BankGiro nr: 5320-8468
<b>Ränta, betalningspåminnelse</b>	Vid försenad hyresbetalning ska hyresgästen betala dels ränta enligt räntelagen, dels ersättning för skriftlig betalningspåminnelse enligt lagstiftningen om ersättning för inkassokostnader m.m.		
<b>Miljöpåverkan</b>	Hyresgästen ska före tillträdet inhämta erforderliga tillstånd för den verksamhet för vilken lokalen upplåts. Verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller vid varje tidpunkt gällande miljölagstiftning och övriga föreskrifter för miljön. Hyresgästens ansvar för miljöpåverkan gäller även efter kontraktets upphörande och preskriberas inte enligt bestämmelserna i 12 kap. 61 § jordabalken. <input type="checkbox"/> För ytterligare bestämmelser avseende miljöfarlig verksamhet, se bifogad miljöklausul. <input type="checkbox"/> Parterna har träffat en överenskommelse om att minska fastighetens och lokalens miljöpåverkan, se grön bilaga.		
<b>Byggsvarudeklarationer</b>	Om hyresgästen i enlighet med bestämmelser i detta kontrakt eller i annat fall utför underhålls-, förbättrings- eller ändringsarbeten avseende lokalen ska hyresgästen för hyresvärden i god tid före arbetets utförande förete byggsvarudeklarationer – i den mån sådana finns utarbetade – för de produkter och material som ska tillföras lokalen.		
<b>Revisionsbesiktningar</b>	Om det vid en av myndighet påkallad revisionsbesiktning av installationer såsom el- eller sprinkleranordningar konstateras fel och brister i hyresgästen tillhörig installation, ska hyresgästen på egen bekostnad utföra begärda åtgärder inom den tid myndigheten har föreskrivit. Om hyresgästen inom nämnda tid inte har åtgärdat fel och brister har hyresvärden rätt att på hyresgästens bekostnad utföra sådana åtgärder som myndigheten har föreskrivit.		
<b>Tillgänglighet till vissa utrymmen</b>	Hyresgästen ansvarar för att tillträde till sådana utrymmen som hyresvärden eller någon som företräder hyresvärden eller som personal från energibolag, va-bolag, telekombolag eller motsvarande måste ha tillgång till för skötsel och drift av fastigheten inte hindras genom förhållanden i hyresgästens verksamhet.		



Undertecknande parter har denna dag träffat följande hyresavtal.

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller

PBL-avgifter	Om hyresgästen utan erforderligt bygglov, annat lov eller tillstånd vidtar ändringar i lokalen och hyresvärden till följd av detta enligt reglerna i plan- och bygglagen (PBL) tvingas utge byggsanktionsavgift eller vite, ska hyresgästen till hyresvärden betala ersättning med motsvarande belopp.		
Brandskydd	<input checked="" type="checkbox"/> Parternas skyldigheter gentemot varandra i anledning av lagstiftningen om skydd mot olyckor regleras i bifogad brandskyddsklausul.		Bilaga: 3
Myndighetskrav m.m.	<input type="checkbox"/> Hyresvärden ska på eget ansvar och egen bekostnad svara för de åtgärder som myndighet, domstol eller försäkringsbolag med stöd av nu gällande eller framtida lagstiftning eller avtal fr.o.m. tillträdesdagen kan komma att kräva för lokalens nyttjande för avsedd användning. Hyresgästen ska samråda med hyresvärden innan åtgärder vidtas. <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen		
Inredning	Lokalen uthyrs <input checked="" type="checkbox"/> utan särskild för verksamheten avsedd inredning <input type="checkbox"/> med särskild för verksamheten avsedd inredning enl bilaga		Bilaga:
Underhåll	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresvärden ska utföra och bekosta erforderligt underhåll av lokalen och av hyresvärden särskild för verksamheten tillhandahållen inredning	Hyresgästen svarar dock för _____ <input type="checkbox"/> enl bilaga	Bilaga:
	<input type="checkbox"/> Hyresgästen ska utföra och bekosta erforderligt underhåll dels av ytskikt på golv, väggar och tak, dels av inredning som hyresvärden särskilt tillhandahåller för verksamheten.	Hyresgästens underhållsskyldighet omfattar därutöver _____ <input type="checkbox"/> enl bilaga	Bilaga:
	<input type="checkbox"/> Annan fördelning av underhållsansvaret, se bilaga.		Bilaga:
Om hyresgästen åsidosätter sin underhållsskyldighet enligt ovan och inte inom skälig tid vidtar rättelse efter skriftlig uppmaning har hyresvärden rätt att fullgöra skyldigheten på hyresgästens bekostnad.			
Skötsel, drift och ändringsarbeten	Om inte annat överenskommit ska hyresvärden i förekommande fall ombesörja skötsel, drift och underhåll av allmänna och gemensamma utrymmen. <input type="checkbox"/> Annan överenskommelse avseende allmänna och gemensamma utrymmen		Bilaga:
Hyresgästen får inte utan hyresvärdens skriftliga godkännande, i lokalen eller annars inom fastigheten, utföra inrednings- och/eller installations- eller ändringsarbeten som direkt berör bärande byggnadsdelar eller för fastighetens funktion viktiga anläggningar eller installationer såsom el, va och ventilation. Installationer såsom sprinklerhuvuden och anordningar för ventilation får inte av hyresgästen byggas in i inredning så att effekten av sådana anordningar försämras. Hyresgästen ska vid utförande av inredningsarbeten se till att funktionen hos radiatorer och andra uppvärmningsanordningar i allt väsentligt behålls.			
Ledningar för telefoni och data-kommunikation	<input type="checkbox"/> Hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen	bekostar erforderlig dragning av ledningar för telefoni och datakommunikation från den anslutningspunkt operatören anger till de ställen i lokalen som hyresgästen i samråd med hyresvärden väljer. <input type="checkbox"/> Annan fördelning av ansvaret för telefoni och datakommunikation, se bilaga.	
Bilaga:			
Skyltar, markiser m.m.	Hyresgästen har efter samråd med hyresvärden rätt att sätta upp för verksamheten sedvanlig skylt, under förutsättning att hyresvärden inte har bifogad anledning att vägra samtycke och att hyresgästen har inhämtat erforderliga tillstånd av berörda myndigheter. Övriga anordningar såsom markiser och antenner får inte sättas upp utan hyresvärdens tillstånd. Vid avflyttning ska hyresgästen återställa husfasaden i godtagbart skick. Vid mera omfattande fastighetsunderhåll såsom fasadrenovering ska hyresgästen på egen bekostnad och utan ersättning nedmontera och återuppmontera skyltar och andra anordningar som hyresgästen satt upp på byggnaden. Hyresvärden förbinder sig att inte sätta upp automater och skyltskåp på ytterväggarna till den av hyresgästen förhyrda lokalen utan hyresgästens medgivande samt medger hyresgästen företrädesrätt att uppsätta automater och skyltskåp på ifrågakvarande väggar. <input type="checkbox"/> Hyresgästen förbinder sig att följa bifogad skyltprogram.		
Bilaga:			
Försäkringar	Det åligger hyresvärden att teckna och vidmakthålla sedvanlig fastighetsförsäkring avseende den fastighet inom vilken den förhyrda lokalen är belägen. Hyresgästen är skyldig att teckna och vidmakthålla företagsförsäkring för den verksamhet som bedrivs i lokalen. Såväl hyresvärdens som hyresgästens försäkring ska omfatta skada orsakad av tredje man.		
Yttre åverkan	<input type="checkbox"/> Hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen	ska svara för skador på grund av åverkan på till lokalen tillhörande fönster, skyltfönster, skyltar samt entré- och andra dörrar eller portar som leder till eller från lokalen. I samtliga fall omfattar ansvaret även karmar, bågar och foder.	
Låsanordningar	<input type="checkbox"/> Hyresvärden <input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen	ska utrusta lokalerna med sådana lås- och stölskyddsanordningar som krävs för hyresgästens företagsförsäkring.	
Nedsättning av hyra	Hyresgästen har inte rätt till nedsättning av hyran för tid då hyresvärden låter utföra arbete för att sätta lokalen i avtalat skick eller annat arbete som särskilt anges i detta kontrakt med tillhörande bilagor.		
Avtalat skick m.m	<input type="checkbox"/> Nedsättning av hyran för hinder eller men i nyttjanderätten till följd av att hyresvärden låter utföra sedvanligt underhåll av lokalen eller fastigheten i övrigt utgår enligt hyreslagens regler.		
Sedvanligt underhåll	<input checked="" type="checkbox"/> Hyresgästen har inte rätt till nedsättning av hyran för hinder eller men i nyttjanderätten till följd av att hyresvärden låter utföra sedvanligt underhåll av lokalen eller fastigheten i övrigt. Det åligger dock hyresvärden att i god tid underrätta hyresgästen om arbetets art och omfattning samt när och under vilken tid arbetet ska utföras.		
<input type="checkbox"/> Parterna är överens om att rätten till nedsättning av hyran när hyresvärden låter utföra sedvanligt underhåll av lokalen eller fastigheten i övrigt ska regleras enligt särskild bilaga.	Bilaga:		



Undertecknande parter har denna dag träffat följande hyresavtal.

Kryss i ruta innebär att den därefter följande texten gäller

Återställande vid avflyttning	Senast vid hyresförhållandets upphörande ska hyresgästen, om inte annan överenskommelse har träffats, ha bortfört sin egendom och återställt lokalen i godtagbart skick.		Bilaga:	
	<input type="checkbox"/> Annan överenskommelse om bortförande och återställande enligt bilaga.			
Force majeure	Parterna är eniga om att senast sista dagen av hyresförhållandet gemensamt genomföra besiktning av lokalen. Om till följd av hyresgästens åtgärder – vidtagna med eller utan hyresvärdens medgivande – lokalen vid avflyttning innehåller material, som inte särskilt överenskommit att hyresvärdens svarar för, ska hyresgästen avlägsna materialet eller ersätta hyresvärdens kostnader för kvittblivning såsom förekommande avfallsskatt, transport och avgift för deponering eller motsvarande.			
Säkerhet	Hyresgästen ska till hyresvärdens senast den _____ lämna säkerhet för sina förpliktelser enligt detta kontrakt genom		Bilaga:	
	<input type="checkbox"/> borgen ställd av _____ <input type="checkbox"/> bankgaranti intill ett belopp om _____ <input type="checkbox"/> annan säkerhet i form av _____			
Personuppgiftslagen	Om avtalad säkerhet inte lämnats senast vid föreskriven tidpunkt är detta kontrakt förfallet, om hyresvärdens före tillträdet så påfordrar.			
Särskilda bestämmelser	<input type="checkbox"/> Information till hyresgäst om behandling av personuppgift och skriftligt samtycke, se bifogad personuppgiftsklausul. (Gäller inte när hyresgästen är en juridisk person.)		Bilaga:	
	Rumsfunktionsindelning, enligt förfrågningsunderlag		Bilaga: 4	
	Situationsplan		Bilaga: 5	
	Plan och sektion		Bilaga: 6	
	Tilläggsavtal		Bilaga: 7	
	Annuitetsberäkning		Bilaga: 8	
Underskrift	Detta kontrakt, som inte utan särskilt medgivande får inskrivas, har upprättats i två likalydande exemplar, av vilka parterna tagit var sitt. Tidigare kontrakt mellan parterna avseende denna lokal upphör att gälla fr.o.m. detta kontrakts ikraftträdande.			
	Ort/datum: Lysekil 2017-		Ort/datum:	
	Hyresvärdens namn: LysekilsBostäder AB		Hyresgästens namn: Västra Götalandregionen, NU-sjukvården	
	Namnteckning (firmatecknare/ombud):	<input type="checkbox"/> Firmatecknare <input checked="" type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt	Namnteckning (firmatecknare/ombud):	<input type="checkbox"/> Firmatecknare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt
Namnförtydligande: Christina Johansson		Namnförtydligande: Marith Hesse		
Överlåtelse	Ovanstående hyreskontrakt överläts fr.o.m. den _____.			
	Frånträdande hyresgäst (namn):		Tillträdande hyresgäst (namn):	Personnr/orgnr
	Namnteckning (frånträdande hyresgäst):	<input type="checkbox"/> Firmatecknare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt	Namnteckning (tillträdande hyresgäst):	<input type="checkbox"/> Firmatecknare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt
	Namnförtydligande (frånträdande hyresgäst):		Namnförtydligande (tillträdande hyresgäst):	
	Hyresvärdens godkännande	Hyresvärdens godkänner överlåtelsen		Namnteckning (firmatecknare/ombud):
Ort/datum:		Namnförtydligande (hyresvärd/firmatecknare):		
Hyresvärdens namn:				

Lysekil 2017-05-22

**Tilläggsavtal till hyreskontrakt daterat 2017-05-22****Förutsättningar**

Avtalstid: 25 år

Kapitalkostnad: Projektbudget 14,2 mkr (exkl. moms)

Ränta: Uppskattad till 3,2 % (2,6 % + 0,6 %)

Hyresbeloppet består av 2 delar, dels drifts- och underhållskostnader och dels kapitalkostnader. Drifts- och underhållskostnader uppgår till 156 tkr per år och skall justeras med KPI-index med bastal oktober 2017. Kapitalkostnaden uppgår till 826 tkr/år för de första 15 åren.

I kapitalkostnaden ingår verklig kostnad avseende:

- Projekteringskostnader enligt avtal
- Mark
- Anslutningsavgifter
- Byggentreprenad, inkl. bl a, bygglov, besiktningar
- Ändrings och tilläggsarbeten i byggentreprenaden
- Inventarieförteckning enligt bilaga
- Kreditkostnad under entreprenadtiden

Finansiering av kapitalkostnader skall utgöras av ett särskilt upptaget lån. Första bindningstiden uppgår till 15 år och sedan tas ett nytt lån upp vart 5:e år. Räntan uppgår till upphandlad (LOU) ränta med tillägg för aktuell borgensavgift, f.n 0,6%.

Hyresgästen har efter 15 och 20 år rätt att frånträda hyreskontraktet med 9 månaders uppsägningstid. Hyresgästen skall då vid sista betalningstillfället med hyra erlagga kvarvarande kapitalskuld. Efter 15 år uppgår kapitalskulden (enligt ovanstående förutsättningar) till 7 046 tkr (Bilaga 8). Kvarstående kapitalskuld efter 20 år beräknas i samband med nyupptagning av lån.

Andrahandsuthyrning tillåts vid verksamhetsövergång till annan "ambulansoperatör".

Parterna är överens om att vid inflyttning/efter entreprenadtiden skall justering av hyran ske utifrån nedanstående:

- Kapitalkostnaden, räntekostnad skall justeras efter upphandlad kredit för 15 år.
- Kreditkostnaden (självkostnad) under entreprenadtiden skall påföras kapitalkostnaden.
- Kapitalkostnaden skall justeras utifrån verklig kostnad för:
  - Projektering

- Markköp
- Anslutningsavgifter
- Byggentreprenadavtal inkl. bl a, bygglov, besiktningar
- Ändrings- och tillägsarbeten i byggentreprenaden
- Inventarier enligt inventarieförteckning enligt bilaga.

Vid hyrestidens utgång skall reinvesteringar utifrån komponentansatsen (K-3 redovisning) hanteras i särskild ordning och ny hyra beräknas.

Byggnaden erhåller fiberanslutning via Telia.

Skulle hyresgästen inte kunna flytta in i enlighet med detta hyresavtal, skall inte hyresvärden behöva utge någon form av skadestånd till hyresgästen, om orsaken där till är något som ligger utanför hyresvärdens kontroll.

LysekilsBostäder AB

NU-sjukvården

\_\_\_\_\_  
Richard Åkerman  
Ordf.

\_\_\_\_\_  
Christina Johansson  
VD

\_\_\_\_\_  
Marith Hesse  
Ordf.

# Ärende 6

### Tjänsteutlåtande

Datum 2017-05-22

Diarienummer NU 2017-00176

### Västra Götalandsregionen NU-sjukvården/ekonomi och informationssystem

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 74 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Rapport angående tillgänglighet, produktion, personal och ekonomi april 2017

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner NU-sjukvårdens rapport för april 2017.

### Sammanfattning av ärendet

Bemanningsproblemen fortsätter att påverka antalet öppna vårdplatser. I april var i medeltal 680 vårdplatser disponibla i NU-sjukvården, det vill säga 11 fler än i mars månad. Jämfört med april 2016 var det 4 procent färre vårdplatser som, främst av bemanningsorsaker, inte kunnat hållas öppna.

Den totala beläggningsgraden och överbeläggningarna minskade jämfört med mars månad. Beläggningsgraden minskade inom samtliga områden och uppgick totalt till 96,1 procent jämfört med 98,6 procent i mars. Överbeläggningarna minskade från 5,5 i mars till 4,2 i april, där samtliga områden uppvisar förbättringar.

Patientinflödet till akuten ökade med knappt 4 procent jämfört med samma period föregående år. Andelen inskrivningsbesök på akuten ligger på 33 procent, det vill säga på samma nivå som föregående månad. I april 2016 låg inskrivningsbesöken på 34 procent.

Vårdproduktionen ligger strax över ersättningstaket, där öppenvårdsproduktionen och den psykiatriska slutenvården ligger under och den somatiska slutenvården något över taket.

Tillgängligheten till både första besök inom 90 dagar och till behandling låg kvar eller förbättrades jämfört med föregående månad. Jämfört med samma period föregående år försämrades tillgängligheten till förstabetesök men förbättrades något till behandling. Till första besök väntade i april 81 procent (81 procent i mars) och 68 procent väntade till operation/behandling inom 90 dagar (65 procent i mars). Antalet väntande till förstabetesök ökade med 306 (4 procent) under första tertialet 2017, främst till vuxenpsykiatri, neurologi och specialistmedicin. Antalet väntande till operation/behandling minskade med 546 (knappt 13 procent) under tertialet, där flertalet verksamheter förbättrades. Stort fokus ligger på att under 2017 förbättra tillgängligheten.

Personalvolymen ökade med 126 nettoårsarbetare jämfört med april 2016. Ökningen skedde främst i undersköterskegruppen (49 nettoårsarbetare). I gruppen sjuksköterskor/barnmorskor ökade antalet nettoårsarbetare med 34 jämfört med april 2016, en ökning med 36 sjuksköterskor och en minskning med 2 barnmorskor.

Resultatet per april uppgick till minus 8 mnkr, en budgetavvikelse med minus 13 mnkr. Kostnadsutvecklingstakten minskade från 3,8 till 3,6 procent mellan mars och april. Den kvalificerade övertiden har minskat men fortfarande används bemanningsföretag i relativt stor utsträckning. Målsättningen för 2017 är att kraftigt minska kostnaderna för bemanningsföretag.

## Resultaträkning

April 2017

Mnkr	Periodens utfall					Helårsresultat	
	Utfall tom innev period	Budget tom innev period	Awikelse	Utfall tom innev period fg år	Förändring utfall/utfall %	Budget tom 1712	Utfall tom 1612
VÖK	1 451,7	1 452,1	-0,4	1 365,0	6,3%	4 250,1	4 080,3
Regioninterna intäkter	123,8	148,0	-24,2	131,0	-5,5%	439,6	425,9
Externa intäkter	57,5	58,9	-1,3	60,5	-4,8%	181,2	195,4
<b>Summa intäkter</b>	<b>1 633,0</b>	<b>1 658,9</b>	<b>-25,9</b>	<b>1 556,5</b>	<b>4,9%</b>	<b>4 870,8</b>	<b>4 701,6</b>
<b>Kostnader</b>							
Personalkostnader	-1 017,4	-1 047,6	30,2	-979,6	3,9%	-3 033,2	-2 850,4
Bemanningsföretag	-36,6	-6,1	-30,5	-20,5	78,9%	-18,2	-86,0
Köpt vård	-18,2	-23,8	5,7	-27,9	-34,8%	-71,5	-77,9
Läkemedel	-172,5	-193,0	20,5	-183,1	-5,8%	-580,3	-556,3
Övriga omkostnader	-368,4	-353,9	-14,5	-354,4	3,9%	-1 075,9	-1 058,9
Avskrivningar	-25,5	-26,9	1,4	-25,7	-0,7%	-85,0	-79,1
<b>Summa kostnader</b>	<b>-1 638,6</b>	<b>-1 651,3</b>	<b>12,8</b>	<b>-1 591,1</b>	<b>3,0%</b>	<b>-4 864,1</b>	<b>-4 708,7</b>
Finansiella intäkter/kostnader	-2,5	-2,2	-0,3	-3,1	-19,7%	-6,7	-8,6
<b>Netto</b>	<b>-8,1</b>	<b>5,3</b>	<b>-13,4</b>	<b>-37,8</b>	<b>-78,6%</b>	<b>0,0</b>	<b>-15,7</b>

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

### Bilaga

- Patientsäkerhet och uppgifter från snabbfakta

### Besluten skickas till

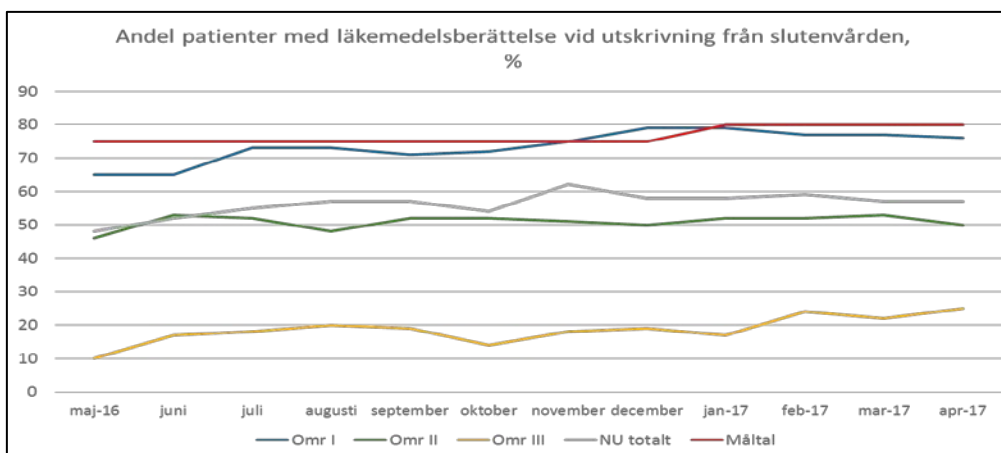
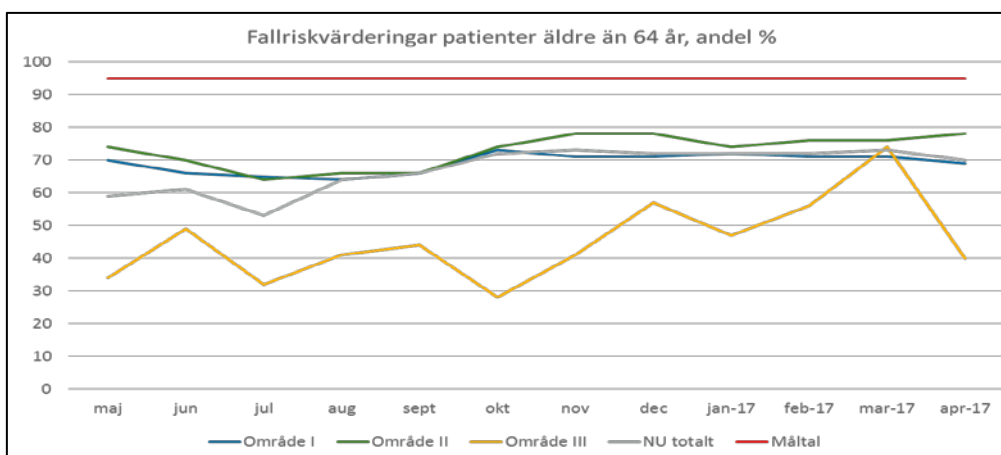
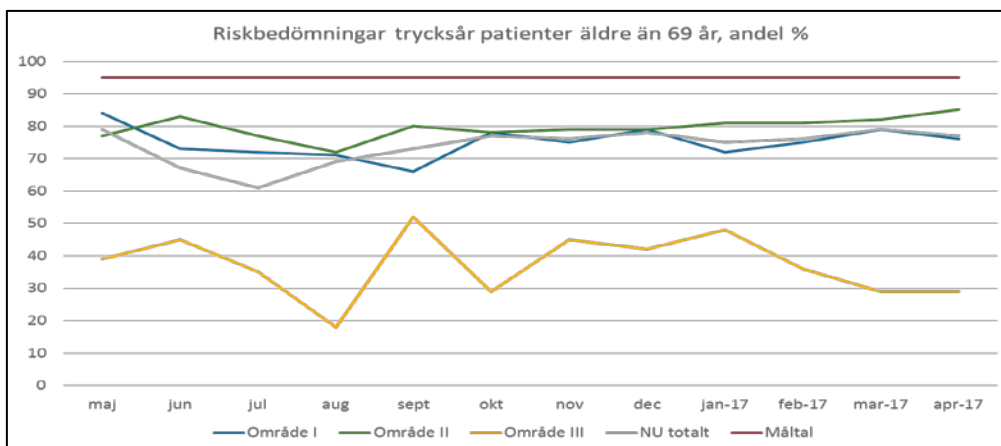
- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)

## Bilaga 1

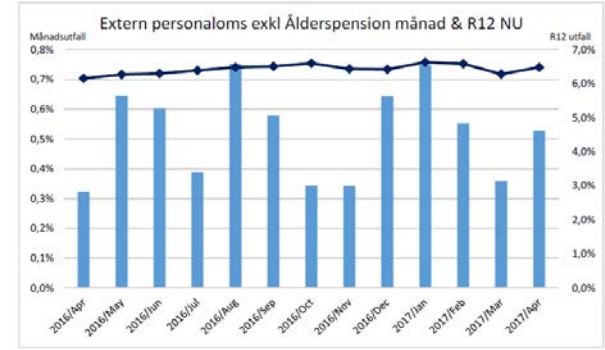
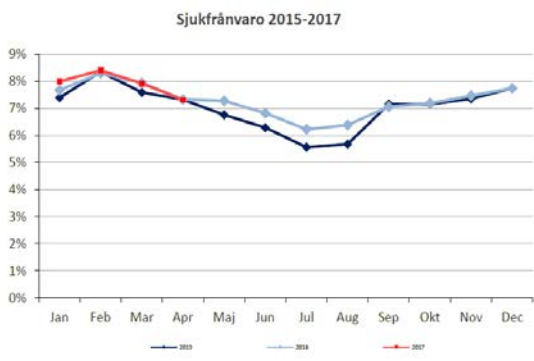
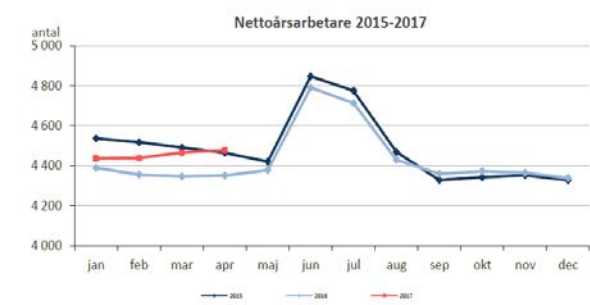
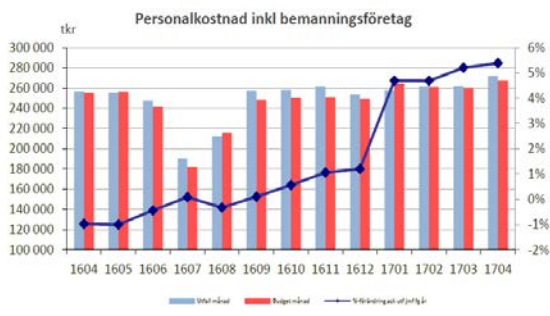
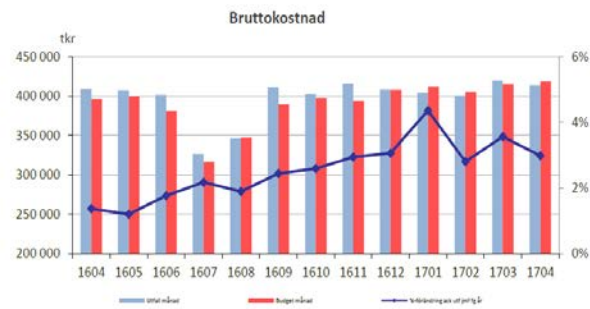
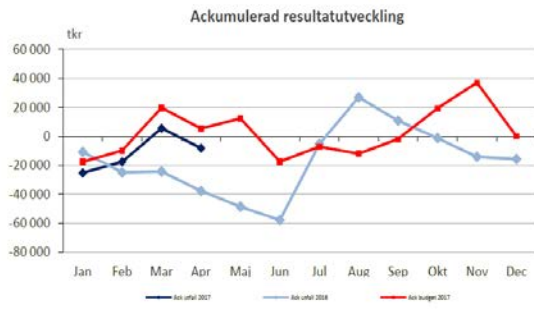
Datum 2017-05-22

## Bilaga 1 – Patientsäkerhet och uppgifter från snabbfakta

### Patientsäkerhet, NU-sjukvården



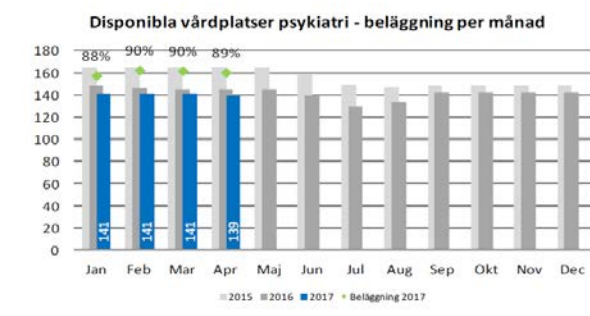
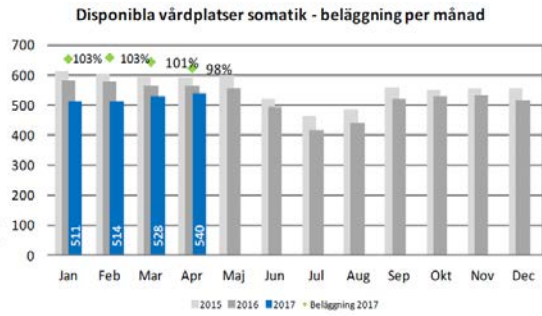
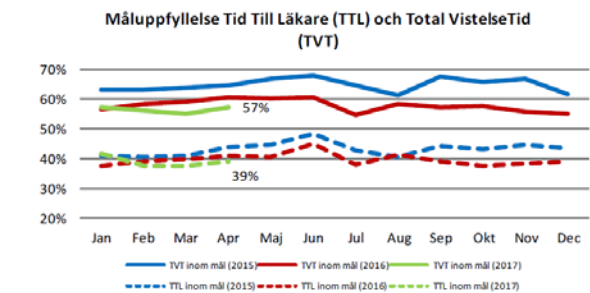
### Snabbfakta NU-sjukvården (från Koncernkontoret)



Staplar mäts på vänster axel och linje på höger axel

**Utförda prestationer 2017 jämfört med 2016**

		2016-mar	2017-mar	Trend
Sjukhus - Somatik	Besök - Antal	82 515	91 451	↗
	Besök - Unika individer	45 508	49 432	↗
	Vårdtillfällen - Inskrivningar	9 810	9 496	↘
	Vårdtillfällen - Vård dagar	16 816	17 013	↗
Sjukhus - Psykiatri	Besök - Antal	24 121	27 824	↗
	Besök - Unika individer	6 093	6 716	↗
	Vårdtillfällen - Inskrivningar	741	668	↘
	Vårdtillfällen - Vård dagar	2 554	2 769	↗

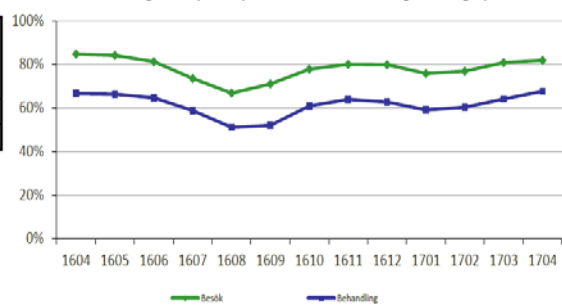


Totalt antal väntande jämfört med fg månad och motsvarande månad fg år

	Totalt antal Väntande exkl. Pw'	Förändring jmf fg mån	Förändring jmf fg år	Väntande >90 dagar exkl. Pw'	Förändring jmf fg mån	Förändring jmf fg år
Första besök	7926	-205	811	1450	-115	356
Behandling	3490	-216	-216	1131	-201	-110

\*PvV&gt; 90 dagar (PvV = patientvald väntan)

Vårdgaranti (andel patienter som väntat högst 90 dagar)



# Ärende 7

### Tjänsteutlåtande

Datum 2017-05-23

Diarienummer NU 2017-00442

### Västra Götalandsregionen NU-sjukvården/ekonomi och informationssystem

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 74 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Tillgängligheten april 2017

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården noterar informationen avseende tillgänglighet, april 2017.

### Sammanfattning av ärendet

Tillgängligheten till första besök har under det senaste året minskat i NU-sjukvården men successivt ökat sedan årsskiftet 2016/2017. Utvecklingen för tillgängligheten till operations- och behandlingsstart uppvisar en liknande trend.

Till första besök väntade i april 81 procent (81 procent i mars) och 68 procent väntade till operation/behandling inom 90 dagar (65 procent i mars). Måltalet för 2017 är 95 procent, det vill säga måluppfyllelsegraden ligger mycket under målsättningen under det första tertialet.

Sedan april 2016 har antalet väntande till förstabesök ökat med 626 personer (8 procent) och med 306 personer (4 procent) under första tertialet 2017. De största ökningarna under året noteras för hud, kirurgi, neurologi, vuxenpsykiatri och ÖNH. Till operation/behandling minskade antalet väntande med 546 (knappt 13 procent) under det första tertialet, där flertalet verksamheter förbättrades.

Till neuropsykiatrisk utredning inom 90 dagar för vuxna har måluppfyllelsen försämrats jämfört med april 2016 men förbättrats något under 2017 och uppgår nu till 61 procent.

Till fördjupad utredning inom barn- och ungdomspsykiatri befinner sig i april i år 23 procent inom vårdgarantigränsen (30 dagar) jämfört med 18 procent vid motsvarande period 2016. Till fördjupad behandling har måluppfyllelsegraden sjunkit från 47 procent i april 2016 till 28 procent i april 2017.

Tillgängligheten till första besök vid välgrundad misstanke om cancer, där den regionala vårdgarantin till första besök ska vara inom 14 dagar, ligger på samma nivå i april 2017 som i april 2016 med 96 respektive 97 procent.

Stort fokus ligger på att under 2017 förbättra tillgängligheten. Om verksamheten inte själva kan ta emot inom garantitiden ska de aktivt hjälpa till att ordna en tid hos annan vårdgivare.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

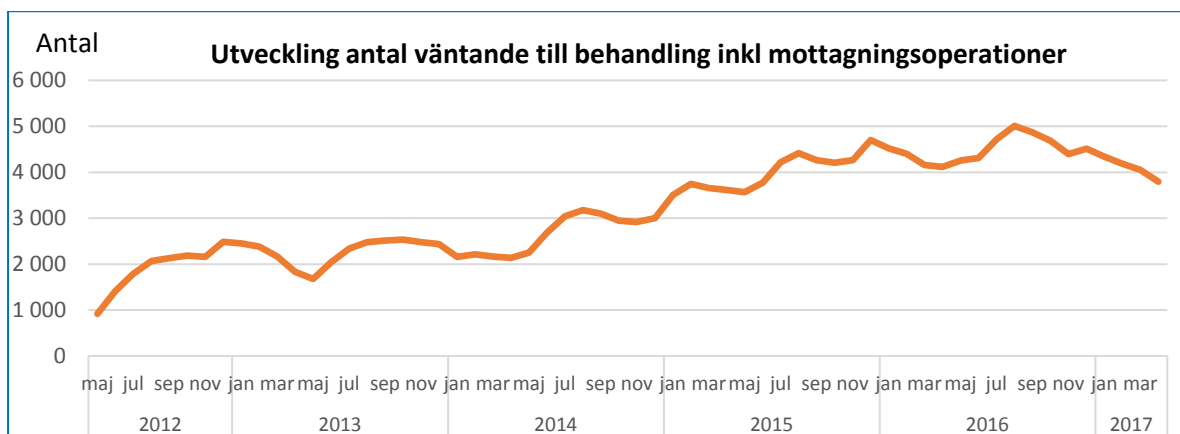
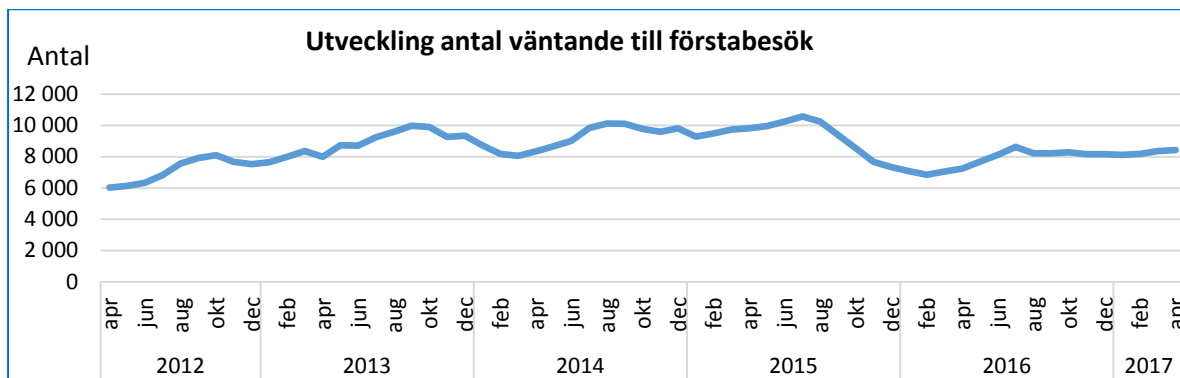
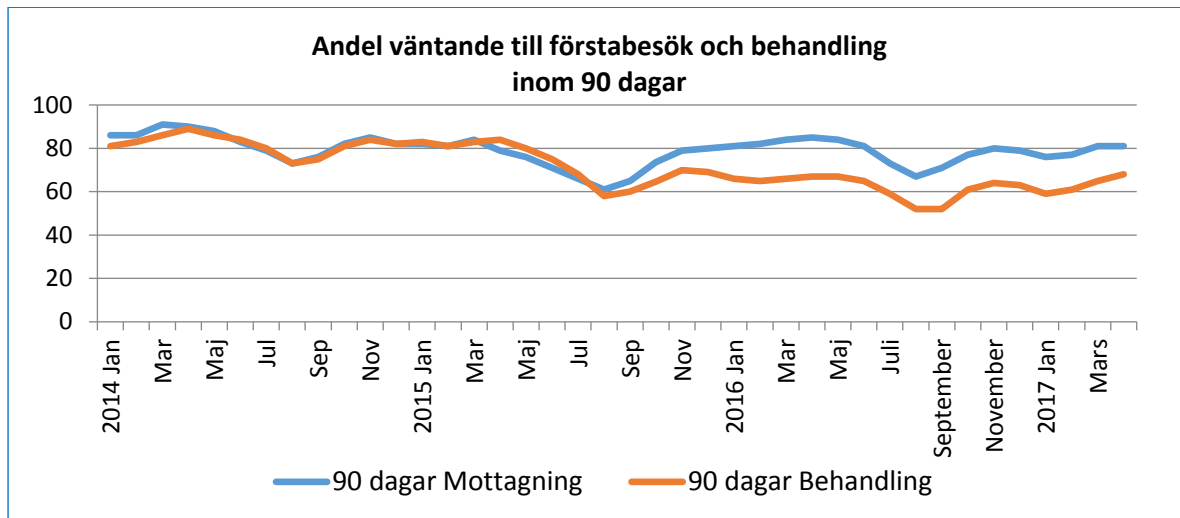
### **Bilaga**

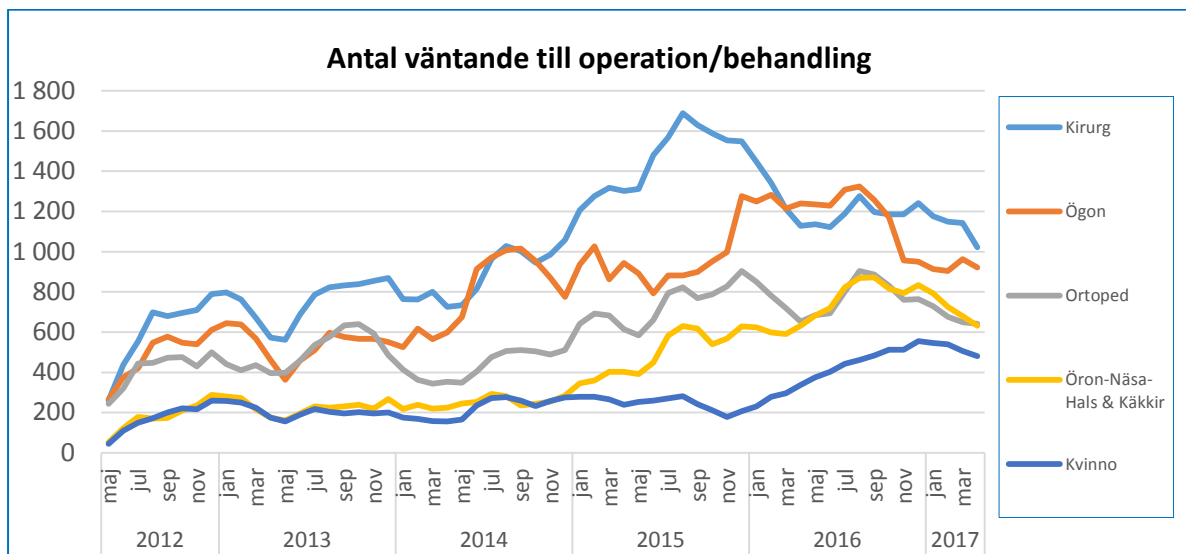
- Utveckling tillgänglighet till första besök och operation/behandling.

### **Besluten skickas till**

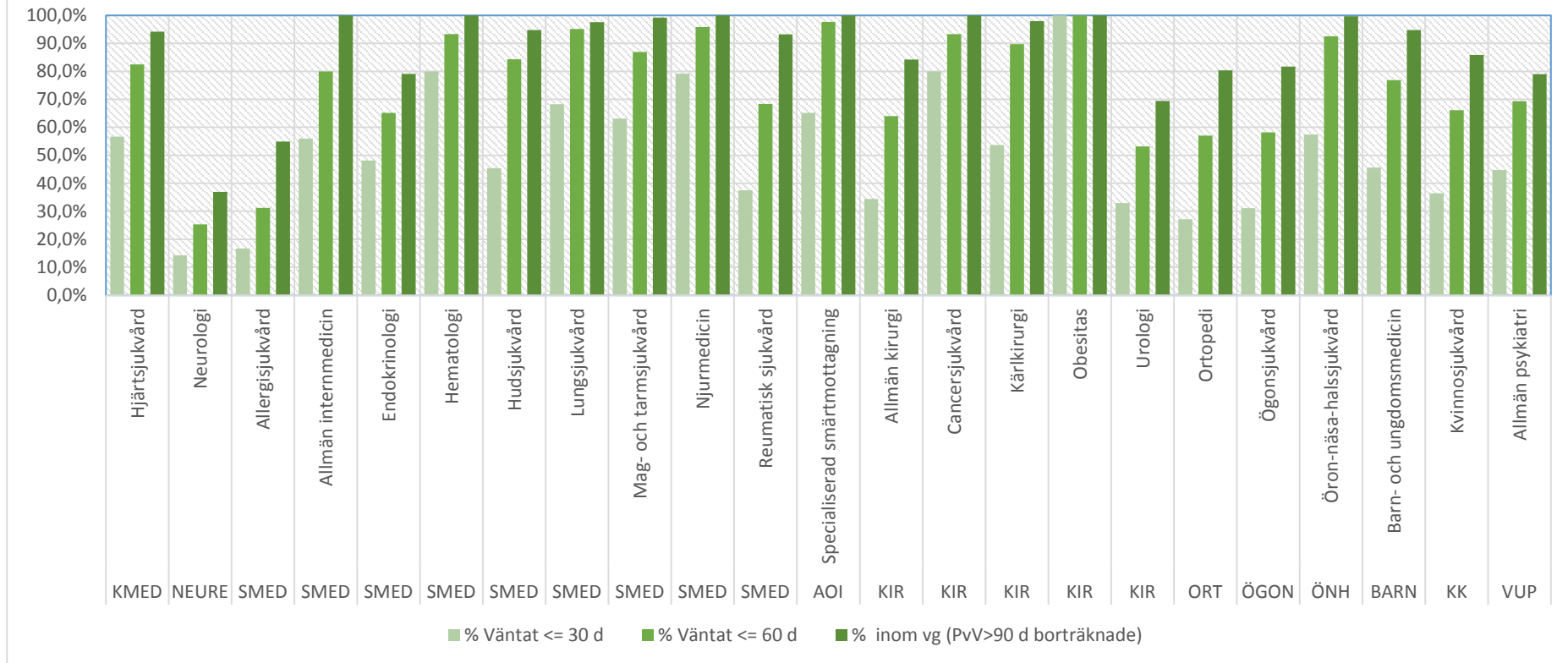
- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)

**Bilaga**

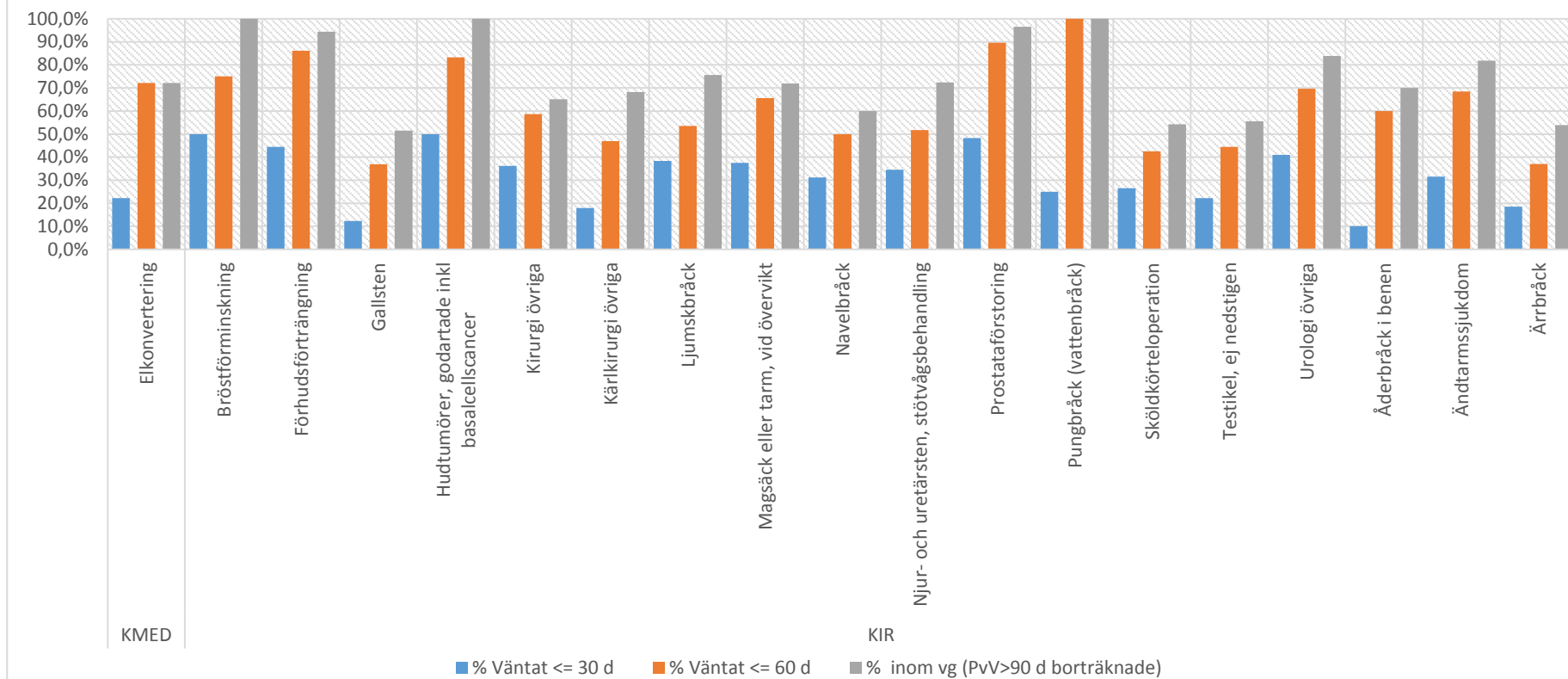




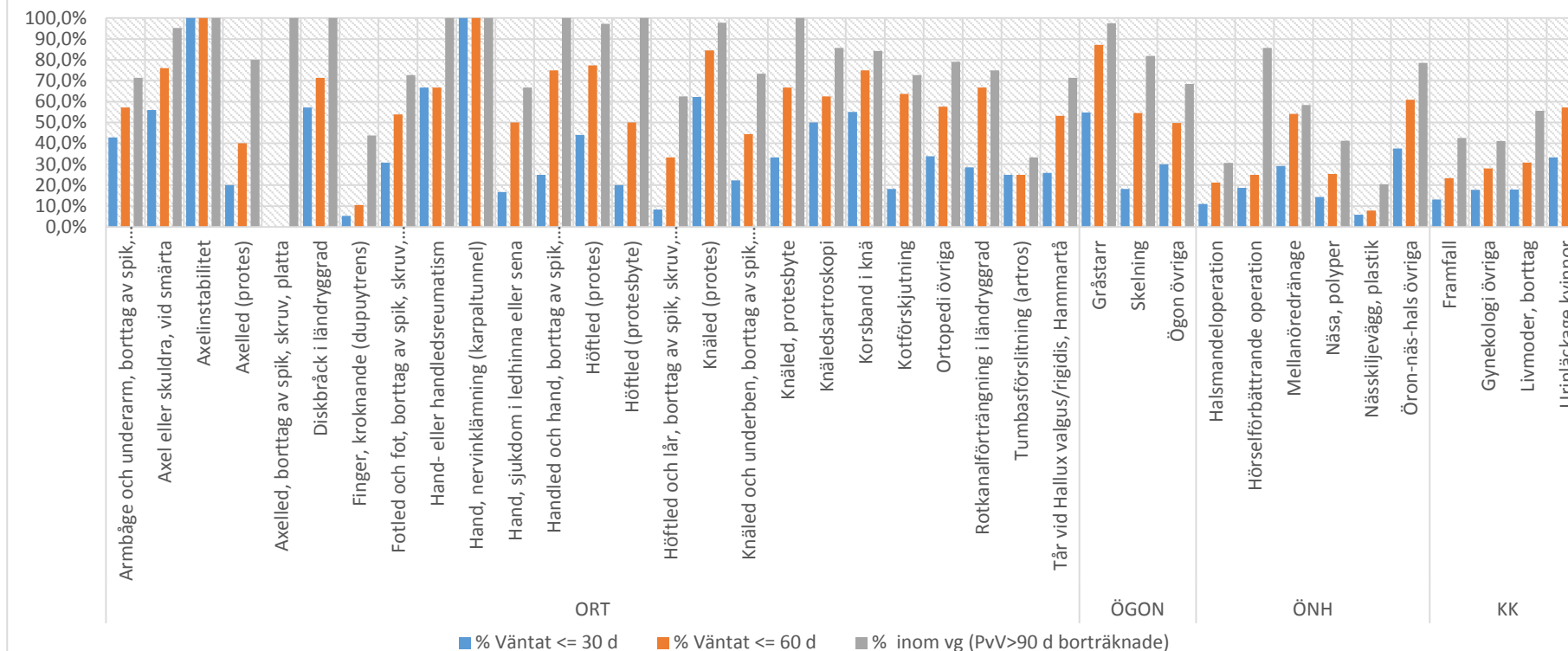
## Tillgänglighet förstabetesök 2017-05-01



## Tillgänglighet behandling 2017-05-01



## Tillgänglighet behandling 2017-05-01 (del 2)



# Ärende 8

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-05-18

Diarienummer NU 2016-00519

**Västra Götalandsregionen  
NU-sjukvården/ekonomi- och  
informationssystem**

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 073-029 84 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till Styrelsen för NU-sjukvården

## Uppföljning av vårdöverenskommelse 2017

### Förslag till beslut

1. Styrelsen för NU-sjukvården noterar informationen till protokollet.

### Sammanfattning av ärendet

I vårdöverenskommelsen för 2017 mellan norra hälso- och sjukvårdsnämnden och NU-sjukvården beskrivs sjukhusets uppdrag, förändringar i förhållande till föregående år samt uppföljning av verksamheten.

Uppföljning av överenskommelsen görs kontinuerligt och gemensamt av parterna. Avtalsuppföljningen ska belysa om uppdraget genomförts enligt överenskommelsen. Uppföljning sker i maj, oktober och december. Uppföljningsplanen redovisas i ”Uppföljningsdokument VÖK april 2017”.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

### Bilaga

- Uppföljningsdokument VÖK april 2017

### Besluten skickas till

- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, [hsn@vgregion.se](mailto:hsn@vgregion.se)
- Ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)

Uppföljningsdokument APRIL 2017  
VÖK 2017  
mellan  
norra hälso- och sjukvårdsnämnden  
och  
NU-sjukvården

**MINNESANTECKNINGAR FRÅN VÖK-UPPFÖLJNING 2017-05-05**

Koncernkontoret: Marianne Laiberg, Martin Dohlsten, Susanne Noltmyr, Barbro Hedin  
NU-sjukvården: Magnus Kronvall, Maud Lindgren, Peter Olsson

## **Uppföljnings- och dialogmöte**

Uppdraget till NU-sjukvården ska bidra till att regionfullmäktiges och hälso- och sjukvårdsnämndens mål uppnås. Uppföljningen ska belysa om uppdraget genomförts enligt överenskommelsen och ska ske enligt anvisningar i vårdöverenskommelsens bilaga 4.

## **Uppföljningsplanen omfattar följande tre avsnitt**

**Avsnitt 1:** Volymer och prestationer. Följs månadsvis enligt rapportering i Freja.

**Avsnitt 2:** Uppföljning av vissa förändringar i VÖK 2017, rättspsykiatri, tillkommande uppdrag och ersättning från RS och HSS

**Avsnitt 3:** Uppföljning regionfullmäktiges mål

**Avsnitt 4:** Uppföljning av specifika aktiviteter för fokusområden/behovsgrupper som är kopplade till nämndernas mål och inriktning för 2017

## **Redovisning**

Avtalsuppföljning av VÖK 2017 sker:

- 5 maj kl 13-15 (Vargen, NÄL)
- 2 oktober kl 13-15 (Vargen, NÄL)
- 11 december kl 13.30-15.30 (Vargen, NÄL)

I de fall då rapportering sker i Cockpit, hämtar koncernkontoret uppgifter och NU-sjukvården kompletterar med kommentarer vid mötet.

## Avsnitt 1: Volymer och prestationer

	Indikator	Redovisning	Tidpunkt för uppföljning	Ansvarig	Svar
1.	Antal prestationer enligt ekonomibilaga	Genom fakturering i Freja	Avtalsuppföljning april, september och december 2017	Sven Florström/ Elisabet Rundberg	Se bilaga. NU-sjukvården klarar grunduppdraget men lite i tillgänglighet saknas.
4.	Produktionsstyrning (enl bil 5, VÖK)	Rapportering utfall via Koncernkontorets avdelning för utförarstyrning	April, september, december 2017	Olof Ekre/ Lena Fredriksson	Se tabell nedan. NU-sjukvården når inte PK-volymer fullt ut.
5.	Produktionsstyrning	Koloskopier – Rapportering se ovan	April, september, december 2017	Magnus Kronvall/ Peter Berglund	T o m mars 2017: 825 exkl barn. NU-sjukvården anlitar även SU/Mölndal. Ej klart hur det blir med "brutna tak" ersättning.
7.	Pågående vårdtillfällen inom rättspsykiatri.	Uppföljning via VEGA Rapportering av utfall	Avtalsuppföljning april, september och december 2017	Majvor Martinsson/ Andreas Andreasson	Redovisning augusti, enligt uppföljningsplan dnr HS 27-2015
8.	Antal patienter med sluten rättspsykiatrisk vård	Uppföljning via VEGA Rapportering av utfall	Avtalsuppföljning april, september och december 2017	Majvor Martinsson/ Andreas Andreasson	Redovisning augusti, enligt uppföljningsplan dnr HS 27-2015
9.	Antal patienter med öppen rättspsykiatrisk vård	Uppföljning via VEGA Rapportering av utfall	Avtalsuppföljning april, september och december 2017	Majvor Martinsson/ Andreas Andreasson	Redovisning augusti, enligt uppföljningsplan dnr HS 27-2015

#### 4. Produktionsstyrning

<b>PK NU-sjukvården Område II + hud och gyn</b>	Produktions- volym 2017 inklusive tillgänglighet uppdrag	Varav Tillgänglig- hetsuppdrag	Planerad köpt vård extern vårdgivare	Planerad skickad inom VGR
Besök ortopedi	4 200	400		0
Ledproteser	700	100		0
Ryggkirurgi	200	150		300
Behandling övrig ortopedi	2 100	0		880
Besök allmän kirurgi	5 550	475		150
Behandling allmän kirurgi	3 000	0		180
Behandling RU Obesitas	90	0		0
Besök urologi	2 300	300		0
Behandling urologi	1400	300		0
Besök hud	7 500	300		0
Besök gynekologi	3 400	0		0
Behandling gynekologi	1 500	0		0
Besök ögon	5 100	0		1428
Katarakter antal ögon op	2 995	395		1300
Behandling ögon övrig	1900			264
Besök öron, näsa o hals	3 800	0		0
Behandling öron, näsa o hals	2 300	400		0

<b>Egen produktion</b>		
Ack Plan	Ack Utfall	Diff
1176	1106	-70
217	198	-19
48	57	9
630	554	-76
1475	1466	-9
810	914	104
24	19	-5
621	904	283
392	404	12
2070	1667	-403
919	1175	256
405	341	-64
1326	1284	-42
946	922	-24
473	422	-51
1050	1214	164
635	661	26

<b>Köpt / Skickad</b>		
Ack Plan	Ack Utfall	Diff
150	129	-21
100	30	-70
8	8	0
10	10	0
255	220	-35
		0
0		0

## Avsnitt 2: Uppföljning av vissa förändringar i VÖK 2017, rättspsykiatri, tillkommande uppdrag och ersättning från RS och HSS

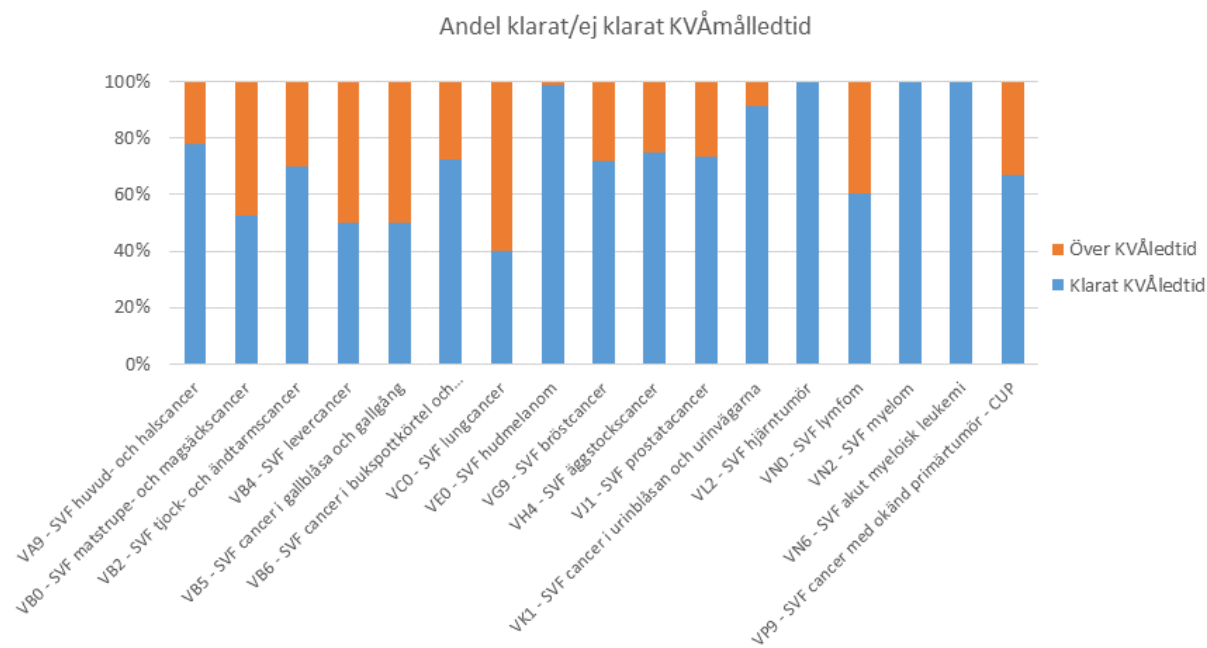
	Område	Redovisning	Tidpunkt för redovisning	Ansvarig	Svar
1.	Rättspsykiatri	Se uppföljningsplan 2017 (dnr HS 27-2015)	Se uppföljningsplan 2017 (dnr HS 27-2015)	Majvor Martinsson/ Kent Storm/ Andreas Andreasson	Redovisning augusti, enligt uppföljningsplan dnr HS 27-2015
2.	Satsning akutsjukvård	Månatligen, andel väntande < 4 timmar TVT	I dialog, enligt särskild uppföljningsplan (ansvar Tobias Nilsson)	Magnus Kronvall/ Camilla Högström/ Caroline Fruberg	57,7 % (april). Se även nedan, pkt 8 (Patienternas ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas).
3.	Flyktingmedel	Beskrivning hur medel fördelats och vad de använts till, se dnr HS 323-2016 inkl följebrev	Enligt särskild uppföljningsplan (ansvar Koncernkontoret)	Magnus Söderbergh	NU-sjukvården har fått 21,8 mnkr för 2017 i flyktingmedel. Sjukhusledningen i NU-sjukvården har uttalat sig att medlen inte ska fördelas per område utan ses som en sjukhusgemensam resurs. Medlen bokas centralt 2017 och fördelas på samma sätt som redovisats för 2016.
4.	Standardiserade vårdförlopp inom cancervården	Via RCC (Regionalt Cancercentrum)	HS dnr 4-2016	Henrik Olsson/ Marie Lundborg	Se nedan. Alla SVF startade, plan att starta övriga planerade under 2017. De flesta patienter går igenom SVF som planerat. Finns även vissa kostnader för att administrera upp-lägget.
5.	Statsbidrag förlossningsvård	Beskrivning hur medel fördelats och vad de använts till, enligt beslut dnr HS 00238-2016	Redovisning till Koncernkontoret (ansvar Sylvia Mättä)	Majvor Martinsson/ Anne Wennberg	Se nedan. Politiska ambitioner om barnmorskor i öppenvård (Vårdval) innebär barnmorskebrist i NU-sjukvården.
6.	Behandling av långvarig benign smärta	Handlingsplan smärta ordnat införande, multimodal rehabilitering	April 2017	Henrik Olsson/ Gunilla Christiansson	<b>Resultat tom mars:</b> Antal patienter 41 Antal besök 444 Antal avslutade 8 Multimodal bedömning/funktions-och aktivitetsbedömning 57 KBT/läkemedel/samtal 70 Statsbidrag.

8.	TÖK Tillgänglighets-satsning			Olof Ekre/ Lena Fredriksson	Det maximala tilläggsbeloppet för NU-sjukvården är 40 mnkr. Prognosen för ”brutet tak” är än så länge 40 mnkr. Mars månad har varit stark produktionsmässigt, och vi har prognos att öka såväl slutenvårdskapacitet som operationssalskapacitet under året. NU-sjukvården avropar medel.
9.	TÖK Ersättningsmodell för värdebaserad vård			Olof Ekre/ Lena Fredriksson	Regionalt ersättningssystem håller på att byggas upp. Piloter för ersättningsmodellen är ryggkirurgi, höft- och knäproteskirurgi samt obesitaskirurgi. Under 2017 kommer det endast användas för ”skuggning”, beräknas bli skarpt först 2018. Gemensamt DRG i regionen; beslut finns men ännu ej klart hur det ska genomföras. Gruppen sammansättning ej klar.
10.	TÖK Sjukskrivning och rehab			Henrik Olsson/ Gunilla Christiansson	<p><b>Funktion för rehabiliteringskoordinering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finns inom ortopedi, specialistmedicin/ neurorehab samt psykiatri. Rekrytering pågår för ersättare inom psykiatri tillsammans med verksamheten.</li> </ul> <p><b>Insatser för återgång i arbete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitills i år har 48 kontakter tagits med arbetsgivare/arbetsförmedling av. Syftet är att stödja patienten att vara kvar i arbete eller underlätta patientens återgång i arbete.</li> </ul> <p><b>Processtöd</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltar i Försäkringsmedicinskt forum, som en part i samverkansförbundet Vänersborg/Mellerud.</li> <li>• Dialogmöten har genomförts med 4 verksamheter ytterligare är planerade.</li> <li>• Stöd till verksamheter för revidering av lokal rutin för sjukskrivning.</li> <li>• Hemsidan uppdateras kontinuerligt.</li> <li>• Arbete med dokumentation av sjukskrivningsprocessen/rehabkoordinering pågår tillsammans med VGRIT.</li> </ul>

					<p><b>Försäkringsmedicinsk utbildning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NU-sjukvården ska vara en part i försäkringsmedicinskt forum (FMF) och delta i arbetet som bedrivs, vilket inkluderar utbildningar i försäkringsmedicin. 4 utbildningstillfällen på grundnivå har genomförts. Planering för hela året avseende grund-, fortsättningsutbildning samt utbildning för icke sjukskrivande personal finns.</li> </ul> <p><b>Multimodala insatser vid långvarig smärta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 44 patienter har deltagit i MMR, 444 besök och 8 st har avslutat MMR t.o.m. april 2017.</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

#### 4. Standardiserade vårdförlopp inom cancervården

NU-sjukvården har from 3 april startat ytterligare 10 SVF-förlopp så nu är 28 SVF-förlopp igång. NU-sjukvården har utbildning för pv-läkare gällande de nya SVF-förloppen den 19/5 och 24/5.



Diagrammet visar SVF-förlopp startade i NU-sjukvården och där start förstabehandling startar i NU-sjukvården from 2015-2017-04-04. (Patienter som startar SVF-förlopp i NU-sjukvården men startar första behandling på SU eller annat sjukhus ingår inte). **Måltal 80%.**

## 5. Statsbidrag förlossningsvård - Insatser statliga medel för att öka kvinnors hälsa

Insats	Syfte	Utvärdering
1. Öka bemanningen av barnmorskor inom obstetrikern	Stärka patientsäkerheten där flera studier visar på att närvaro under förlossningen är ett steg i att minska antalet operativa ingrepp. Kunna ha samma bemanning 24/7 inom obstetrikern vilket vi inte har i dag.	Har ej kunnat öka grundbemanningen på förlossningsavdelningen p g a att många slutat under året och de vi rekryterat har då fått dessa tjänster. Detta har resulterat i höga övertidskostnader och sjukskrivningstalen är höga, 6,8 procent.
2. Utvecklingsbarnmorska 100 %	Stärka det patientnära utvecklingsarbetet på alla enheter inom kliniken.	Har inte tillsatt denna tjänst utan vi har valt att lägga ut detta på flera barnmorskor som arbetar med verksamhetsutveckling.
3. Utökad jourtäckning framförallt på helger	Förstärka utskrivningsprocessen på helger då vi har ett ökat förlossningsantal och begränsat antal vårdplatser, vilket gör att det blir många utskrivningar varje dag. På helger finns det endast två jourläkare i tjänst.	Detta har inte kunnat genomföras p g a bemannings-svårigheter.
4. Gemensam kompetensutveckling för läkare och medarbetare inom obstetrikern	Förbättra patientsäkerheten genom teamarbete där flera händelseanalyser har visat på stora brister i kommunikation	Detta har genomförts i form av klinikgemensamma utvecklingsdagar samt workshops kring säker förlossningsvård.
5. Ökad tillgänglighet till uppföljning av bäckenbottensskador.	Förstärka det goda uppföljningsarbetet vi redan i dag har på kliniken gällande bäckenbottensskador.	Sjukgymnasttillgång som har uroterapeututbildning med inriktning förlossningsvård.
6. Kompetensutveckling för barnmorskor	Stärka kompetensen hos barnmorskor inom obstetrikern inom bl a tolkning av CTG, telefonrådgivning och ökad kompetens om andra kulturer.	Fler barnmorskor har kunnat genomföra CTG-utbildning och även kunnat närvara vid nationella konferenser för barnmorskor.
7. Anställa tolk använda kulturtolkar på kliniken	Den stora invandringen till Sverige ställer till ett problem inom kvinnosjukvården och tar stor tid i anspråk för personalen, boka tolk mm. Att ha en egen anställd tolk skulle stärka mötet mellan kvinnan och sjukvården. Kulturtolkar stöttar kvinnor vid möten med sjukvården.	Ett arbete har påbörjats, där vi tänker att anställa kulturtolkar.

### Avsnitt 3: Uppföljning av specifika aktiviteter kopplade till Regionfullmäktiges mål och fokusområden

Mål: Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras (RF)						
	Fokusområde	Indikator/Aktivitet	Måttal/Redovisning	Ansvarig	Redovisning till beställare	Kommentar
1.	Förbättra tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri (RF)	Garantitider besök & behandling (RF)	Andel patienter som väntat högst 30 dagar på första besök till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och 30 dagar till behandling/fördjupad utredning (RF)  Månatligen	Majvor Martinsson/ Sven Florström/ Katharina Oleniusson	Avtalsuppföljning april, september och årsredovisning 2017	NU-sjukvårdens utfall 2016-06-30: 81 % besök, 23 % till fördjupad utredning och 40 % till behandling  Utfall mars 2017: 79% besök inom 30 dgr 22% inom 30 dgr till fördjupad utredning 34% inom 30 dgr till behandling  Vid presidiedialog med kommunerna har det framkommit att väntetiderna är olika beroende på var BUP-mottagningen finns. Finns gemensam väntelista? Hur hanteras den – framför allt utifrån olikheter.
2.	Fortsätta arbetet att förbättra tillgängligheten till vuxenpsykiatri (RF)	Garantitider besök & behandling (RF)	Andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök inom vuxenpsykiatri (RF)  Månatligen	Majvor Martinsson/ Sven Florström/ Katharina Oleniusson	Avtalsuppföljning april, september och årsredovisning 2017	Mars 2017: 79% inom 90 dagar exkl PvV

Mål: Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas (RF)						
	Fokusområde	Indikator/Aktivitet	Måltal/Redovisning	Ansvarig	Redovisning till beställare	Kommentar
6.	Vårdgarantin ska uppfyllas (RF)	Garantitider besök & behandling (RF)	Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första besök eller behandling (RF)  Månatligen	Magnus Kronvall/ Olof Ekre/ Majvor Martinsson/ Sven Florström/ Katharina Oleniusson	Avtalsuppföljning april, september och december 2017	NU-sjukvårdens utfall 2016-06-30: 81 % till besök och 65 % till behandling  Mars 2017: Förstebesök: 81% Behandling: 65%  I princip samma resultat som vid årsskiftet och även i jämförelse med förra året samma period.
7.		Patienter ska på ett tydligt sätt informeras om verkliga väntetider och möjligheter att få vård hos annan vårdgivare	Redovisning	Magnus Kronvall/ Olof Ekre/ Majvor Martinsson/ Katharina Oleniusson	Avtalsuppföljning April 2017	<b>Område II</b> har infört standardiserade brev till patienterna i samband med remissbekräftelse, och tar hjälp av NU-gemensam vårdgarantifunktion. Se olika exempel (bifogas).  <b>Område III</b> har en kontaktperson för Vårdgaranti och Fria vårdvalet. Hon är väl insatt i frågorna och är även engagerad i frågan på förvaltnings- och regionnivå.  Praktiska exempel på kallelser redovisades

						<p>på mötet. Ett arbete pågår med att förbättra och standardisera kallelserna. De som får kallelse ska kunna veta hur man ska göra som patient.</p>
8.	Akutvårdskedjan ska förbättras (RF)	TVT akutmottagning (RF)	<p>Andel patienter där total vistelsetid understiger eller är lika med 4 timmar (RF)</p> <p>Månatligen</p>	Magnus Kronvall/ Caroline Fruberg	<p>Avtalsuppföljning april, september och december 2017 (redovisas under rubrik 1)</p>	<p>NU-sjukvårdens delmål 2017 vår 80 %, höst 85 %</p> <p>Mars 2017: 55% April 2017: 58%</p> <p>Akutläkare under utbildning, där 3 st är färdiga till årsskiftet. Ca 15 st ingår som akutläkare, varav minst 2 st på morgonen.</p> <p>Akutläkare har mycket obekvämt arbetstid.</p> <p>Jourlinjen påverkas framför allt på natten.</p> <p>Brist på vårdplatser men fler vårdplatser har öppnats under våren.</p> <p>Flera olika aktiviteter behöver göras för att effekten ska synas.</p> <p>Budskapet till befolkningen är något märkligt – en timme till specialist på akuten och en vecka till vårdcentral...</p>

<b>Mål: Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvård ska prestera bättre än genomsnittet i nationella register och jämförelser (RF)</b>						
	<b>Fokusområde</b>	<b>Indikator/Aktivitet</b>	<b>Måltal/Redovisning</b>	<b>Ansvarig</b>	<b>Redovisning till beställare</b>	<b>Kommentar</b>
10.	Minska antalet vårdskador (RF)	Andel vårdtillfällen i somatisk vård med vårdrelaterade infektioner (RF)	Andel vårdtillfällen i somatisk vård med vårdrelaterade infektioner (RF)	Magnus Söderbergh/ Marie Lundborg/ Britt-Marie Lundgren	Enligt regional rutin	NU-sjukvårdens utfall 2016:10,1 %  Utfall PPM mars 2017: 10,3%

## Övriga frågor

Område	Ansvarig	Kommentar
1. Redovisning av genomlysning psykiatri i NU-sjukvården	Majvor Martinsson	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genomlysning av vuxenpsykiatriens öppenvård genomfördes vid möte mellan Marianne Laiberg, Peter Olsson, Eva Blixt och Majvor Martinsson 170331. Volymer och nya regionala psykiatriuppdrag diskuterades, liksom inverkan på produktionen av tilläggsuppdraget VUP ÖV Lysekil, Munkedal och Sotenäs.</li> <li>Utkast till minnesanteckningar bearbetas, men är inte klara. Jag tillskrev Marianne med en fråga om varför det vi talade om vid mötet, (jag tolkade det som att de i år beställda volymerna skulle vara lagom stora inklusive produktionen vid de tre nya mottagningarna), inte är med, men hon har inte svarat mig.</li> <li>Vid mötet en diskussion om vad som ingår i tilläggsavtalen t ex bipolär, neuropsyk etc inom psykiatrisatsningen. Behöver utredas om vilka volymer som ersätts via psykiatrisatsning, budget och medel från HSS samt om de är ramhöjande.</li> </ul>
2. Väntetider till UCG och arbets-EKG, hur långa är väntetiderna och vad görs för att korta ner dem? Lokalt och regionalt?	Majvor Martinsson	<ul style="list-style-type: none"> <li>UCG: äldsta remiss har väntat sedan juni 2016, Kökortning görs i omgångar genom egenproduktion, men har haft uppehåll sedan våren 2016. Pågår nu.</li> <li>Arbets-EKG: äldsta remiss har väntat sedan februari 2017.</li> <li>Inget regionalt samarbete pågår (gäller både UCG och arbets-EKG).</li> </ul>
3. Produktion logopedi i Fyrbodalen, hur förhåller sig de extra satsningar som gjorts till produktionsutfallet?	Olof Ekre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Den tjänst som inledningsvis var ett projekt och sedan har permanentats har infogats i löpande produktion. Tjänsten möjliggör öppenvårdsmottagning för strokedrabbade patienter samt teamsamarbete och besök för ALS-teamets patienter (inklusive utprovning av högteknologiska kommunikationshjälpmedel) motsvarande totalt 275 besök 2016.</li> <li>Tillskottet möjliggör också att logopedmottagningen i viss mån serverar BUP och SHV med språkbedömningar, 31 utredningsbesök 2016 (där varje besök varar 3 h plus administrativ tid). I övrigt används tiden för öppenvårdsmottagning för barn med språkstörning. Hur många besök tillskottet medfört är svårt att avgöra då mottagningen planeras och redovisas som helhet och ej utifrån specifika tjänster. Mottagningen som helhet har ej varit fullt bemannad hela året, vilket påverkar den sammantagna produktionen.</li> <li>Koncernkontoret önskar besked om väntetider och hur de påverkats av de tillskott som skett till logopedin. NU-sjukvården återkommer med analys om orsaker till att förbättringen inom logopedi inte är större.</li> </ul>
4. MMR: Beställning (33 år 2016) och utfall (27 år 2016). Beställningen högre än utfallet, vad finns för prognos för 2017?	Olof Ekre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prognosen för 2017 är 32 patienter. Teamet är i år fullbemannat.</li> </ul>

## Övrig information från NU-sjukvården

- **Dialysen, Strömstad**

NU-sjukvården vill informera HSN norra att dialysen i Strömstad stänger sin verksamhet under juni-augusti 2017, som den brukar göra under sommarmånaderna. Plan finns för hur de patienter som brukar gå dit ska tas hand om under sommaren. Ärendet var uppe på NU-sjukvårdens styrelse den 31 mars. Placeringen av dialysen i Strömstad är inte optimal och NU-sjukvården vill undersöka möjligheten att flytta verksamheten till Lysekil, då det skulle passa patienterna bättre. Ev kan gästdialys erbjudas i mån av möjlighet. Politisk behandling är nödvändig innan verksamheten flyttas. Magnus Kronvall är behjälplig att svara på eventuella verksamhetsfrågor.

- **Ekonomi**

NU-sjukvårdens ekonomiska utfall, budgetavvikelse och prognos per mars 2017 redovisades:

Ack utfall: 5,5 mnkr, budgetavvikelse: - 14,3 mnkr, prognos 2017: 0 mnkr

- **Ambulans Säffle**

Just nu pågår en dialog och omarbetning av ett samverkansavtal mellan ambulansverksamheterna LIV och VGR/NU-sjukvården. Avtalet reglerar hur NU på verksamhetsnivå löser den dagliga samverkan med invånarna i området Åmål-Säffle i fokus. Klart är att LIV "hjälp" VGR/NU ungefär dubbelt så ofta som NU "hjälp" LIV. Framförallt sker detta på helger, lördagar och söndagar. Förklaringen till detta är bland annat att vi har en resurs färre på lördag-söndag i Åmåls-området jämfört med övriga veckodagar. För att jämna ut detta och ta hand om själva grundorsaken till varför hjälp från LIV är nödvändig, skulle vi i VGR/NU behöva börja med att inrätta resursen även på lördag-söndag. Finns det medel avsatta i VGR för att bekosta den hjälp vi får från LIV? Marianne Laiberg återkommer.

- **Evidens-mottagningar**

Mottagningarna för öppenpsykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs togs över av NU-sjukvården 1 mars från Evidens Care AB. De ca 40 000 invånarna räknas in i NU-VÖK och besöken når nivåerna i VÖK. Påverkan av extra medel från HSS om totalt ca 43 mnkr? Vilka är ramhöjande?

- **Kardiologi**

Praktikertjänst har uppnått de i avtalet beställda volymerna. NU-sjukvården behöver därför minska remissflödet från kardiologen avseende nya patienter till Praktikertjänst under sommaren.

- **Mobil närvård**

Karin Fröjd träffar Magnus Kronvall den 9 juni. Marianne Laiberg vill närvara.

- **Kungssportsläkarna**

NU-sjukvården får upprepade betalningsförelägganden och inkassokrav från Kungssportsläkarna om mellanliggande prov men anser sig inte vara betalningskyldig (uppgår totalt till ca 300 tkr). Koncernkontoret har genom enhetschef Marie Gustavsson (enheten för primärvård) meddelat att information har gått

ut via branschorganisationen Primör om att inga fakturor ska skickas från vårdcentralerna tills arbetet med att ta fram KVÅ-kod för externt mellanliggande provtagning är klar. Förändring sker troligen i KoK-boken 2018.

### Övrigt från Koncernkontoret/HSK/HSN norr

- **Rapport från presidiummöten**

**Single responder Munkedal:** Orust vill ha en single responder placerad på Orust istället för Munkedal. NU-sjukvården återkommer.

Anteckningar från presidiummötena kommer.

- **Tidplan VÖK-process 2018**

Parterna kom överens om följande tidplan för förhandlingsarbetet under hösten. Regionfullmäktiges beslut 12-13 juni, "planeringsdirektiv" därefter. HSN N ger "lokala" besked vid sitt augustimöte (2017-08-24).

Tid	Möte	Lokal
16 aug kl 9-12	VÖK-möte, inledande	Vargen, NÄL
25 aug kl 9-12	VÖK-förhandling 1	Vargen, NÄL
4 sep kl 15-17	VÖK-förhandling 2	Vargen, NÄL
6 sep kl 13-15	VÖK-förhandling 3	Vargen, NÄL
7 sep kl 8.30-11	VÖK-förhandling 4	Vargen, NÄL
12 sep kl 15-17	VÖK-förhandling 5	Skype
15 sep kl 13-16	VÖK-förhandling 6	Vargen, NÄL
22 sep kl 13-16	VÖK-texter	Vargen, NÄL
29 sep	HSN N möte	
29 sep	NU-styrelse möte	
4 okt	CSG NU	
6 okt	Presidium NU	
13 okt	Presidium HSN N	
19 okt	CSG NU	
26 okt	HSN N möte	
27 okt	NU-styrelse möte	

Vid anteckningar  
Susanne Noltmyr & Peter Olsson

# Ärende 9

### Tjänsteutlåtande

Datum 2017-05-11

Diarienummer NU 2017-00433

### Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/ekonomi- och  
informationssystem

Handläggare: Sven Florström

Telefon: 0702-08 91 08

E-post: sven.florstrom@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Strategi för vårdöverenskommelse 2018

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården fastställer strategi för vårdöverenskommelsen 2018 i enlighet med detta tjänsteutlåtande, daterat 2017-05-11.

### Sammanfattning av ärendet

Inför dialogen med HSN Norra avseende vårdöverenskommelsen (VÖK) 2018 behöver NU-sjukvården sammanfatta vilka frågor som ska drivas på tjänstemannanivå. Följande frågor är väsentliga för NU-sjukvården:

#### Konsekvenser upphandling Lokalsjukhusen/Praktikertjänst

Inom framförallt ögon-, ÖNH-, diabetes- och hjärtsjukvården har NU-sjukvården inte avlastats de produktionsvolymerna som beställarna minskat i vår beställning pga upphandlingen av öppenvårdsproduktion på Lokalsjukhusen. Det krävs ökade beställda volymer och tillhörande finansiering inom dessa områden.

#### Resursfördelningsmodell och upptagningsområde

Patientströmmar mellan sjukhus och annan vård varierar över tid. I Fyrbodal – som brukar beskrivas som NU-sjukvårdens huvudsakliga upptagningsområde – ökar folkmängden kraftigt under semestermånaderna. NU-sjukvården vill tillsammans med beställarna analysera relationen mellan den regionala resursfördelningsmodellen, som avgör hur stora resurser nämnderna blir tilldelade, och de faktiska patientströmmarna.

#### Överföring mellan vårdgivare

Diskussion bör föras kring följande områden avseende överföring av uppdrag och finansiering mellan vårdgivare avseende:

- *Neonatalvården*  
Finansiering avseende utökat uppdrag samt patientströmmar från andra delar av regionen avseende neonatalvården.
- *Barn- och ungdomspsykiatri vs Habilitering och Hälsa*  
Resursöverföring avseende flyttat uppdrag från Habilitering och Hälsa till barn- och ungdomspsykiatri samt ny RMR angående dyslexiutredning.
- *Cancervård och Standardiserade Vårdförlopp (SVF)*  
Resursöverföring avseende onkologer/cancervård från Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) till NU-sjukvården samt införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF). Införandet av SVF innebär ökat uppdrag. Gränssnittet mot Primärvården

flyttas så att NU-sjukvården får göra mer, inte minst inom diagnostikområdet. Dessa utökade uppdrag måste finansieras.

### Ekonomi och produktionsvolym

- *Beställda produktionsvolym relaterat till nytt operationshus Uddevalla sjukhus*  
Regionen har beslutat att Uddevalla sjukhus ska bli ett regionalt dagkirurgiskt centrum inklusive centrum för ryggkirurgi. Som en följd av det kommer ett nytt operationshus stå färdigt vid Uddevalla sjukhus år 2020/2021. Det nya operationshuset kommer att möjliggöra ökad produktion vilket kräver ökade beställda produktionsvolym av våra beställare.
- *Beställda produktionsvolym inom psykiatri*  
NU-sjukvården har under ca 10 års tid inte nått upp till beställda volym inom framförallt vuxenpsykiatri. I samband med att NU-sjukvården övertog öppenvårdpsykiatri i mellersta Bohuslän från Evidens krävde NU-sjukvården att en utredning skulle genomföras tillsammans med beställarna för att utreda om beställda volym och tillhörande ekonomisk ersättning är rimlig. Denna utredning startades under våren 2017.
- *Beställda produktionsvolym avseende förlossningar*  
Beställda volym avseende förlossningar är 3,200 st/år. Utförda förlossningar utöver beställd volym ersätts med endast 75 procent av fullpriset. Utförda förlossningar har under flera år ökat och överstiger beställd volym med drygt 400 stycken, vilket NU-sjukvården måste få finansiering för.
- *Överföring av verksamhet till Praktikertjänst*  
Vid upphandling av Praktikertjänst minskades beställningen till NU-sjukvården med 62,5 mnkr, medan uppskattad kostnadsbesparing för NU-sjukvården är drygt 51 mnkr. NU-sjukvården ska hållas skadeslöst avseende upphandlingen, enligt regionfullmäktiges beslut.
- *Anpassa beställningen till ekonomiska förutsättningar*  
Dialog behöver föras med beställarna angående hur beställning kan anpassas till givna ekonomiska ramar.
- *Neutralisera negativa effekter av nuvarande ekonomiska styrmodell*  
Då NU-sjukvården effektiviserar vården, exempelvis genom att föra över vård från slutna till öppna vårdformer eller genom att tillsammans med vårdgrannar minska inflödet till akuten, påverkas ersättningen från beställaren negativt. NU-sjukvården vill undvika att bli ekonomiskt bestraffade vid effektiviseringar i verksamheten.
- *Effekt av ny debiteringsform avseende städtjänster*  
Regionservice planerar att ändra debiteringsform för sina utförda städtjänster från att ta betalt för nedlagd tid till att ta betalt per kvadratmeter. Enligt nuvarande förslag kommer det att drabba NU-sjukvården med 1,5 mnkr under 2018 och ytterligare 1,5 mnkr under 2019.

### Finansiering som upphör

- *Ordnat införande av läkemedel och metoder*  
Vid ordnat införande av nya läkemedel och medicinska metoder finansierar regionen dessa under ca två års tid, därefter upphör finansieringen. Finansiering för dessa läkemedel och metoder måste säkerställas.
- *Patos*  
Det regionala införandet avseende digitalisering av patologi-verksamheten har blivit betydligt dyrare än vad det regionala projektet ursprungligen beräknat. NU-

sjukvården önskar få kompensation för dessa ökade kostnader som inte täcks av ordnat införande, motsvarande ca 6 mnkr per år.

- *Förändrad prislista för radiologin*  
Den nya regiongemensamma prislistan för försäljning av radiologitjänster, som trädde i kraft i början av 2017, ger en årlig intäktsminskning om ca 5,5 mnkr, vilket NU-sjukvården behöver kompensation för.
- *Multimodal rehabilitering och smärtvård*  
Nuvarande finansiering av multimodal rehabilitering och smärtvård, som sker via den sk ”Sjukskrivningsmiljarden”, behöver permanentas.

### **Nya medicinska metoder, vårdprogram, riktlinjer och utökade uppdrag som inte hanteras i Ordnat införande**

- *Nyanlända*  
NU-sjukvårdens upptagningsområde har flest antal nyanlända flyktingar inom regionen. Nyanlända har sjukdomar som inte är vanliga i Sverige vilket ställer krav på ny typ av kompetens, utredningar och behandlingar som ger ökade kostnader, och som kräver motsvarande finansiering.
- *Nya vårdprogram inom exempelvis Bild- och funktionsmedicin, diabetes samt hjärtsjukvården*  
Nya vårdprogram kräver fler undersökningar inom Bild- och funktionsmedicin, samt mer dyr sjukvårdsmaterial inom hjärtsjukvården och diabetesvården. Dessa nya vårdprogram kräver finansiering.

### **Beredning**

Beredning av ärendet har genomförts i sjukhusledningen samt i presidiet för NU-sjukvården.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

### **Besluten skickas till**

- NU-sjukvårdens diarium, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Områdeschef område I, [magnus.kronvall@vgregion.se](mailto:magnus.kronvall@vgregion.se)
- Områdeschef område II, [olof.ekre@vgregion.se](mailto:olof.ekre@vgregion.se)
- Områdeschef område III, [majvor.martinsson@vgregion.se](mailto:majvor.martinsson@vgregion.se)
- Ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)
- Controller, [maud.lindgrens@vgregino.se](mailto:maud.lindgrens@vgregino.se)

# Informationsärende D

Beslutad av: styrelsen för NU-sjukvården, 2017-MM-DD

Diarienummer: NU-2016-00609

Giltighet: från 2017-MM-DD till 2020-MM-DD

Plan

# Utvecklingsplan för NU-sjukvården 2017-2026

Planen gäller för: NU-sjukvården

# Innehåll

Inledning .....	3
Syfte .....	3
Bakgrund .....	3
Utmaningar och möjligheter .....	3
Beredning av utvecklingsplanen .....	4
NU-sjukvårdens uppdrag .....	5
Personcentrerat arbetssätt .....	5
Ökad kvalitet i alla led .....	5
Systematiskt arbete för att undvika vårdskador .....	5
Vår gemensamma kultur .....	5
Effektiv organisering av verksamhetens strukturer .....	6
Uddevalla sjukhus .....	6
NÄL .....	6
Avvägningar och samband .....	6
Utveckling av arbetssätt .....	7
Samverkan med vårdgrannar .....	7
Effektivt akut omhändertagande .....	7
Hög tillgänglighet till planerad vård .....	7
Effektiv bemanning .....	8
Effektiv lokalförsörjning .....	8
IT-system som utgår från verksamhetens behov .....	8
Kompetensförsörjning .....	9
Utbildningsuppdraget är NU-sjukvårdens främsta rekryteringsbas .....	9
Styrning och ledning .....	10

# Inledning

## Syfte

Syftet med utvecklingsplanen är att den ska fungera som en färdplan för NU-sjukvårdens framtida utveckling. Därför består utvecklingsplanen i huvudsak av mål, principer och strategier. Utvecklingsplanen ska revideras vart tredje år för att anpassas till förändringar i omvärld och förutsättningar.

## Bakgrund

I november 2013 antog styrelsen för NU-sjukvården utvecklingsplan för perioden 2013-2022. Det var ett resultat av att regionfullmäktige tidigare samma år beslutat om en åtgärdsplan för NU-sjukvården. En av de identifierade åtgärderna var uppdraget att ta fram en övergripande plan för sjukhusets utveckling.

NU-sjukvårdens styrelse antog 2013 följande inriktning för verksamhetens långsiktiga utveckling, vilken kvarstår också för perioden 2017-2026.

NU-sjukvården ska vara:

- ett sjukhus som präglas av hög kvalitet och tillgänglighet och där ekonomi och verksamhet är i balans
- ett sjukhus där vårdprocesserna bedrivs patientsäkert och effektivt och i enlighet med överenskommen regiongemensam ”best practice”
- ett sjukhus där arbetssätt utvecklas så att både akuta och elektiva flöden kan planeras och genomföras på effektivast möjliga sätt
- ett sjukhus där länssjukvård bedrivs både på Uddevalla sjukhus och på NÄL
- ett sjukhus där verksamheten på Uddevalla sjukhus i huvudsak är koncentrerad på elektiva processer
- ett sjukhus där NÄL i huvudsak skall vara ett akutsjukhus
- ett sjukhus som skall kunna vara ett produktionscenter för delar av regionens samlade produktion
- ett sjukhus där chefer och medarbetare arbetar aktivt med kompetensutveckling och kompetensförsörjning
- ett sjukhus med tydlig ledning och styrning
- ett sjukhus där medarbetarna aktivt deltar i förbättringsarbete för ökad patientnytta
- ett sjukhus som samverkar med kommuner, primärvård och övrig sjukvård
- ett sjukhus där personalen känner stolthet och arbetsglädje.

## Utmaningar och möjligheter

I Sverige erbjuds en sjukvård av hög kvalitet. Samtidigt är utmaningarna många, vad gäller såväl kompetensförsörjning, tillgänglighet, patientsäkerhet, bemötande som samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. För att kunna erbjuda invånarna en tillgänglig, effektiv och kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård krävs att lösningar och arbetssätt ständigt omprövas och förändras.

Flera statliga utredningar pekar på en utveckling i riktning av mer öppen vård och mer avancerad vård utanför sjukhusen. Västra Götalandsregionen har 2017 antagit en strategi för förändring av hälso- och sjukvården. Denna strategi delas in i 4 övergripande områden- Utveckling av den nära vården, koncentration för bättre kvalitet och tillgänglighet, utveckla digitala vårdformer och tjänster och fokus på kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

En särskild utmaning för sjukvården i NU-sjukvårdens upptagningsområde, Fyrbodals, är att andelen invånare över 80 år ökar mer här än i övriga delar av Västra Götalandsregionen. Det kommer ställa särskilda krav på NU-sjukvården.

./.

## Beredning av utvecklingsplanen

Utvecklingsplanen för 2017-2026 är en reviderad utgåva av utvecklingsplanen för 2013-2022. Revisionen har utförts efter arbetsmöten i stora sjukhusledningen (sjukhusledning och områdesledningar) samt i dialog med NU-sjukvårdens styrelse. Revisionen har förankrats med bland andra sjukhusets centrala samverkansgrupp och antogs av styrelsen för NU-sjukvården i juni 2017.

# NU-sjukvårdens uppdrag

NU-sjukvårdens uppdrag är att bedriva länssjukvård anpassad till invånarnas behov. Omfattning och innehåll i vården definieras genom den årliga vårdöverenskommelsen med hälso- och sjukvårdsnämnden samt i samspel med andra styrande organ inom Västra Götalandsregionen.

NU-sjukvården genomför uppdraget med följande strategier:

## Personcentrerat arbetssätt

Det ställs höga krav på tillgänglighet, delaktighet och valmöjlighet i vården. Ett personcentrerat arbetssätt är en metod för att förverkliga detta. I det personcentrerade arbetssättet är patienten en medspelare och en medutvecklare av vården, snarare än en passiv mottagare av vård. Utvecklingen av NU-sjukvårdens vårdprocesser ska präglas av ett personcentrerat arbetssätt.

## Ökad kvalitet i alla led

NU-sjukvården ska uppvisa medicinska resultat som är bättre än riksgenomsnittet. Det ställer krav på vårdprocesser som är i ständig utveckling. NU-sjukvårdens verksamheter ska aktivt arbeta med sina resultat i nationella kvalitetsregister. Patienter, både i öppen och slutenvård, ska ges möjlighet att delge sina synpunkter om vården för att bidra till utveckling och bättre kvalitet. Patienternas upplevelse av bemötande från vården behöver stärkas.

## Systematiskt arbete för att undvika vårdskador

NU-sjukvården arbetar riskförebyggande med målet att det inte ska förekomma undvikbara vårdskador. Det gör vi genom att aktivt följa ledningssystemet för kvalitet vilket innefattar mål, organisation, rutiner och vårdprocesser. Vi arbetar också för en stark säkerhetskultur, där alla medarbetare har en hög riskmedvetenhet och vilja att lära av misstag.

## Vår gemensamma kultur

Vårt arbete utgår från invånarnas behov och vi har en helhetssyn på både patient och organisation där:

- organisatoriska gränser inte får vara ett hinder
- patienten alltid känner sig välkommen
- patienten är en medaktör i sin vård och behandling

## Verksamhetens strukturer

NU-sjukvården bedriver verksamhet på NÄL i Trollhättan, Uddevalla sjukhus, Brinkåsen i Vänersborg samt på ett antal öppenvårdsmottagningar i upptagningsområdet.

Grundprincipen är att Uddevalla sjukhus är ett sjukhus för i huvudsak planerad specialistvård och att NÄL är primärt ett akutsjukhus med kapacitet för komplett akutsjukvård. Framtida utveckling och förändringar ska i första hand ske i samklang med grundprincipen.

### Uddevalla sjukhus

Uddevalla sjukhus är Västra Götalandsregionens största specialistsjukhus; ett avancerat och modernt sjukhus för planerad specialistvård med:

- planerad, resurseffektiv och högkvalitativ vård
- effektiva flöden separerade från akutvård
- regionala vårduppdrag
- kommande satsningar på operationskapacitet genom Operationscentrum Uddevalla sjukhus

### NÄL

NÄL är ett av Västra Götalandsregionens stora akutsjukhus med kapacitet för komplett akutsjukvård med:

- hög effektivitet, säkerhet och kvalitet
- ständig hög tillgänglighet i akutvårdskedjan
- planerad vård utifrån samband med övrig vård
- kommande psykiatrihus på sjukhustomten ger förutsättningar för samlat akut omhändertagande med både somatisk och psykiatrisk vård

### Avvägningar och samband

Som komplement till grundprincipen att Uddevalla sjukhus är ett sjukhus för i huvudsak planerad specialistvård och att NÄL är primärt ett akutsjukhus finns också ett antal övriga hänsynstaganden som måste tas vid organisering av verksamhetens strukturer:

- att samla verksamheter och därigenom uppnå tillräcklig volym för att nå hög effektivitet, bättre kompetensnyttjande och kvalitet i vården
- att optimera patientflöden och skapa goda medicinska samband
- att undvika dubblerad medicinteknisk utrustning
- att undvika stora lokalinvesteringar

# Utveckling av arbetsätt

Vårdens processer behöver vara i ständig utveckling. Utveckling av vården sker inom och mellan NU-sjukvårdens verksamheter och i samverkan med andra aktörer. Övergripande utvecklingsområden som är bland andra:

## Samverkan med vårdgrannar

Kommunerna utför ett allt större vårduppdrag för allt fler, allt äldre och allt sjukare patienter. Särskilda krav ställs på primärvården för hög tillgänglighet. NU-sjukvården ska bidra till en sömlös vård. Det ställer krav på samverkan kring patienten med syfte att uppnå ökad kvalitet, färre vårdskador och effektiv ekonomi. Vårdsamverkan Fyrbodalen och Samverkande sjukvård är två prioriterade samverkansarenor.

## Effektivt akut omhändertagande

NU-sjukvården ska ha en kapacitet som möjliggör en genomsnittlig belägningsgrad kring 90 procent och att patienter omhändertas snabbt och effektivt när de har behov av akut vård. Det ställer krav till bland annat:

- rätt dimensionering av vårdplatser inom olika specialiteter
- vårdprocesser med mindre inslag av slutenvård och med kortare vårdtider
- styrning till den för patienten mest effektiva vårdnivån
- hög grad av kontinuitet till patienter med långvariga sjukvårdsbehov
- god tillgänglighet till konsultationer för primärvård och kommuner
- insatser i patientens närhet i samverkan med kommuner och primärvård
- god tillgänglighet till diagnostik

## Hög tillgänglighet till planerad vård

Den planerade vården ska präglas av hög tillgänglighet, kvalitet och effektivitet. NU-sjukvården ska erbjuda patienter vård inom de tider vårdgarantin kräver, i andra hand hjälpa patienter till vård hos andra vårdgivare. En hög tillgänglighet till planerad vård uppnås bland annat genom:

- en hög andel dagkirurgi som också leder till större patientnytta
- välplanerade korta vårdtillfällen i slutenvården
- väl utvecklade verksamhetsövergripande processer i samverkan med kommuner och primärvård
- vårdplanering som genomförs inför en planerad operation för tiden efter operation tillsammans med kommun och primärvård
- effektiv produktionsplanering
- god tillgänglighet till rätt diagnostik
- en effektiv styrning till mest ändamålsenlig vårdnivå, till rätt kompetens eller till patientens egenvård
- en god tillgänglighet för patienter i behov av kontakt med sjukhuset

## Effektiv bemanning

Vårdens verksamheter ska bemannas effektivt utifrån planerat behov. Genom uppgiftsväxling kan personalens kompetens optimeras utifrån de uppgifter de ska utföra. Vårdpersonal ska främst arbeta med vård av patienter. Andra yrkesgrupper kan skapa utrymme för detta genom att utföra fler uppgifter inom bland annat service och administration.

## Effektiv lokalförsörjning

Lokalförsörjningen ska stödja verksamhetens uppdrag och leda till förutsättningar för att bedriva en effektiv verksamhet med god patientsäkerhet. Lokaler ska användas på ett effektivt sätt ur ett helhetsperspektiv, det vill säga att avvägningar ska ske mellan patientsäkerhet och vårdhygien, flödeseffektivitet samt kostnader.

Former där enskilda medarbetare utför arbete på flera av NU-sjukvårdens sjukhustomter behöver utvecklas. NU-sjukvården bidrar till att möjligheten till ett framtida tågstopp vid NÄL utreds och värderas. Ett sådant tågstopp skulle vara värdefullt både för patienter och personal samt bidra positivt till kompetensförsörjningen av NÄL.

## IT-system som utgår från verksamhetens behov

NU-sjukvården ska bidra till mer effektiva och värdeskapande IT-system dels genom egna initiativ, dels genom samverkan med övriga förvaltningar i Västra Götalandsregionen. Det handlar om vårdens interna informationsmiljö likväl som om tjänster som ger patienter och invånare tillgång till information och vård via digitala lösningar.

# Kompetensförsörjning

Att rekrytera, utveckla och behålla personal är en förutsättning för att kunna ge god vård. Under de kommande åren ökar behovet av arbetskraft på den svenska arbetsmarknaden, samtidigt som tillgången inte följer med i samma takt. Detta samtidigt som pensionsavgångar och annan personalomsättning bidrar till att många medarbetare behöver ersättas varje år.

NU-sjukvården ska vara en attraktiv arbetsgivare genom att våra egna medarbetare upplever arbetet meningsfullt och utvecklande, känner stolthet och berättar om det.

I första hand fokuseras arbetet till våra nuvarande medarbetare för att bygga stolthet, bekräfta att de genomför ett meningsfullt arbete och uppmuntra medarbetarna att dela med sig av sina erfarenheter. Modeller utvecklas för att ge utrymme för utveckling och kompetensutveckling i arbetsvardagen. Goda exempel och berättelser från medarbetarnas vardag lyfts fram. De interna karriärvägarna behöver utvecklas.

Då kompetensförsörjning är en gemensam utmaning för sjukvårdsförvaltningarna i Västra Götalandsregionen är det regionala gemensamma arbetet viktigt. NU-sjukvården bidrar till det regionala strategiska arbetet för att stärka vår attraktivitet som arbetsgivare. Som den största arbetsgivaren i Fyrbodal samverkar vi med kommuner och andra lokala aktörer för att stärka attraktiviteten i vårt geografiska område.

## Utbildningsuppdraget är NU-sjukvårdens främsta rekryteringsbas

NU-sjukvården utbildar och handleder årligen över 1000 studenter i olika former av verksamhetsförlagd utbildning. Utbildningsuppdraget är vår främsta rekryteringsbas, och därför är det avgörande för vår kompetensförsörjning att vi kontinuerligt säkrar och utvecklar kvaliteten i den utbildning vi erbjuder.

Vi vårdar relationerna med de medarbetare och studenter som finns hos oss i olika former av klinisk utbildning genom att erbjuda en god lärandemiljö med kompetent handledning och ett gott bemötande.

Vi uppmärksammas för god och utvecklad pedagogisk kvalitet. Genom att erbjuda ett personligt bemötande och hög kompetens bland annat genom ett aktivt FoU-arbete, ser studenterna NU-sjukvården som en framtida arbetsplats.

Vi bygger relationer med studerande på relevanta universitets- och högskoleutbildningar och lärosäten genom att vara personliga och nytänkande i våra kontakter och möten.

## Styrning och ledning

De utmaningar NU-sjukvården står inför kräver en stark genomförandekraft i hela organisationen. Ledarskapet är en sammanhängande kedja som inkluderar alla chefsled, därför innefattar sjukhusets ledning samtliga chefer på alla nivåer. Ledningsgrupper finns på olika nivåer, från sjukhusledningen till verksamhetsledningar.

Vår styrmiljö ska präglas av kontinuitet, förutsägbarhet och tydlighet. Vi ska styras av målbilden och arbeta långsiktigt och uthålligt.

Våra beslut är tydliga och väl förankrade. Beslut fattas så långt ut i organisationen som möjligt så att medarbetare och chefer kan styra och utveckla arbetet efter den komplexitet och de variationer som finns. Vi prioriterar våra mål, vi följer upp och vi har kraft och mod att korrigera avvikelser. Ansvar och befogenheter följs alltid åt.

Vi har en kultur som firar framgångar och lyfter fram det goda. Vi tar gemensamt ansvar för helheten och lär av våra misstag utan att straff- och skuldbelägga. Vi har kraft och mod att förändra och att genomföra de beslut vi fattar. Genom stödjande tydliga system skapar vi trygghet i alla led.

Vi kan hantera det oväntade, och reagerar snabbt på nya förutsättningar. Vi har beredskap att hantera nya situationer.

Medarbetarna tar ansvar för att påverka sin egen och verksamhetens utveckling. Medarbetarna är goda ambassadörer och bidrar till den gemensamma arbetsmiljön.

Vi arbetar systematiskt med resultatet av medarbetarenkäten som är en av flera metoder för att förbättra arbetsmiljön, öka dialogen och utveckla verksamheten.