

Handlingar

till mötet med
styrelsen för NU-sjukvården

29 juni 2012

Ärende 4

Ärende 4

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-12
Diarienummer NU 96/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Anne Elfving
Telefon 0520-47 83 12
E-post anne.elfving@vgregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Delrapport akut närsjukvård

Ärendet

Inom Vårdöverenskommelsen för 2012 ingår åtta specificerade uppdrag från sjukhusdirektören till områdeschefer. Syftet med uppdragen är att belysa hur beskrivna förändringar kan genomföras och deras ekonomiska effekt.

Bakgrunden till uppdraget är att NU-sjukvården står inför en framtid där antalet äldre ökar och det ställs högre krav på samarbete i sjukvården. Som ett led i detta ser NU-sjukvården över möjligheterna att tillföra patienten vård i andra vårdformer och med nya tekniska lösningar. Detta innebär att tillföra vård på ett patientsäkert sätt med specialistläkarens kompetens via användande av modern teleteknik och där vården bedrivs i hemmet.

I uppdraget ligger att identifiera patientgrupper för inledande arbete med patienter som kan vara intressenter för specialistsjukvårdens omsorg i hemmet. Uppdraget omfattar också framtagande av struktur för tekniska lösningar som skapar förutsättningar för att bedriva den säkerställda modellen i hemmet hos patienten.

I arbetet har gruppen kommit fram till fyra patientgrupper som anses relevanta att gå vidare med; palliativa patienter, cancerpatienter, hematologipatienter och KOL-patienter.

I det fortsatta arbetet finns tydliga synergier i det pågående arbetet med Samverkande sjukvård i Norra Bohuslän som nu utvidgas inom Fyrbodol. Arbetet har även synergier med aktiv hälsostyrning, som innebär att identifiera patienter som är mångbesökare på akuten.

Beredning

Arbetet har bedrivits i en arbetsgrupp inom akutverksamheten. Facklig medverkan sker genom arbetsgruppen Samverkande sjukvård.

Förslag till beslut

Fortsatt arbete sker i enlighet med delrapport "Akut närsjukvård" daterad 2012-05-12.

Datum 2012-06-12

Diarienummer NU 96-2012

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Hans Svensson
Områdeschef akutverksamhet

Bilaga

Delrapport uppdrag 8 - Akut närsjukvård



| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 0.1 | | (1)29 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Rapport | <i>Akut Närsjukvård (Uppdrag 8)</i> | | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| <i>Delrapport Akut Närsjukvård</i> | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Johan Petersson | 2012-05-12 | <i>Hans Svensson</i> | |

Delrapport

”Akut Närsjukvård”

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (2)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Sammanfattning

Uppdrag

NU-sjukvården står inför en framtid där äldrepopulationen ökar och det ställs högre krav på samarbete i sjukvården. Som ett led i detta ser NU-sjukvården över möjligheterna att tillföra patienten vård i andra vårdformer och med nya tekniska lösningar. Detta innebär att tillföra vård på ett patientsäkert sätt med specialistläkarens kompetens via användande av modern teleteknik och där vården bedrivs i hemmet.

I uppdraget ligger att identifiera patientgrupper för inledande arbete med patienter som kan vara intressenter för specialistsjukvårdens omsorg i hemmet. Dessa patienter skall sedan kunna behandlas med en säkerhetställd modell redan i deras hemmiljö utifrån gällande författningar. Uppdraget omfattar också framtagande av struktur för tekniska lösningar som skapar förutsättningar för att bedriva den säkerhetställda modellen i hemmet hos patienten. Denna struktur kan redovisas som projekt eller pilotform

Arbetsätt

- Dialog möten med arbetsgrupp för att komma fram till vilka patientgrupper som man skulle kunna identifieras som lämpliga att gå vidare med.

- Statistik har inhämtats

- Studiebesök i Tromsö – Nationellt center för samhandling och telemedicin.

- Studiebesök på Vitalis i Göteborg för att se på MPÖ

- Dialog möte med fackliga representanter

Resultat

Arbetsgruppen har kommit fram till fyra patientgrupper som anser vara relevanta att gå vidare med.

- Palliativa patienter
- Cancer patienter
- Hematologi patienter
- KOL patienter

Nedan kommer dessa patientgrupper presenteras med lite historia och statistik från NU-sjukvården.

Palliativa patienter

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (3)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

WHO'S Definition av palliativ vård:

Palliativ vård är ett förhållningssätt som förbättrar livskvaliteten för patienter och deras familjer som står inför problem förknippade med livshotande sjukdom genom att förebygga och lindra lidande genom tidig identifiering och oklanderlig bedömning och behandling av smärta och andra problem, fysiska, Psykosociala och andliga.

Palliativ vård:

- ger befrielse från smärta och andra plågsamma symtom;
- bekräftar livet och det gäller att dö som en normal process;
- avser varken att påskynda eller skjuta upp döden;
- integrerar psykologiska och andliga aspekter i patientens vård;
- erbjuder ett stödsystem för att hjälpa patienter leva ett så aktivt som möjligt fram till döden;
- erbjuder ett stödsystem för att hjälpa familjen klara under patienternas sjukdom och i sin egen sorg;
- använder sig av en grupp strategi att möta behoven hos patienter och deras familjer, inklusive dödsfall rådgivning, om sådan finns;
- kommer att förbättra livskvaliteten och kan också positivt påverka utvecklingen av sjukdom;
- är tillämplig tidigt under sjukdom, i kombination med andra terapier som syftar till att förlänga livet, såsom kemoterapi eller strålterapi, och omfattar de utredningar som behövs för att bättre förstå och hantera plågsamma kliniska komplikationer

Cancerpatienter är i majoritet inom den palliativa vården, även om andra sjukdomsgrupper berörs i olika grad. Varje år dör drygt 22 000 personer i cancer och cirka 40 procent av dem som avlider är under 70 år. Det är väl känt att en majoritet av dem som dör i cancer, men också i andra sjukdomar, besväras av smärta, illamående, andnöd, trötthet och en hel del andra symtom och funktionsnedsättningar under livets sista år. De senaste åren har en allt större andel av döende patienter med cancer, vårdats utanför akutsjukhusen. Allt fler patienter har valt och kunnat få vård i det egna hemmet med hjälp av specialiserade hemsjukvårdsteam.

Fortfarande kan emellertid många patienter inte göra ett aktivt val av var man vill vårdas, i det egna hemmet, på hospice, på en sjukhusklinik eller i vilket omsorgsboende man önskat tillbringa sin sista tid i livet. (En nationell cancerstrategi för framtiden)

Kontakt har tagits med palliativa teamet i NU-sjukvården de upplever dock att deras patienter sköts mycket väl och har det förhållandevis bra. Men de upplever dock att det finns mera patienter än de som de möter. Patienter som de tror skulle behöva någon form av stöd och hjälp i livets slut.

I NU-sjukvården så finner man 415 patienter under 2011 som har fått dignoskod där palliativ vård förekommer dessa patienter har i 812 fall varit kontakt med öppen eller slutenvården. Vårdavdelningar som man ser att dessa patienter möter är Avd. 45 Näl och palliativa mottagningen på Näl. Här finner man dock inga patienter som kommer till akuten som får en diagnos kod som har med palliativ vård att göra. Median tid för vårdtid för dessa patienter är 5 dygn.

Cancer patienter

Cancer är samlingsnamnet på cirka 200 olika sjukdomar. De delas i sin tur in i en mängd undergrupper. De vanligaste cancerformerna i Sverige är: prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, hudcancer och lungcancer.

Varje år diagnostiseras cirka 55 000 nya fall av cancer. Antalet cancerfall per år ökar och en viktig orsak till det är att antalet äldre ökar. Två tredjedelar av alla som får en cancerdiagnos är över 65 år.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (4)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Cancersjukdom är relativt jämnt fördelat mellan könen, 52 procent diagnostiserades hos män och 48 procent hos kvinnor år 2010. Fler kvinnor än män är under 65 år då de får en cancerdiagnos. Risken att någon gång under livet få en cancersjukdom är drygt 30 procent.

Tack vare bättre diagnostik och effektivare behandling ökar överlevnaden. Fler och fler personer som har eller har haft en cancersjukdom lever i dag. Vid slutet av 2009 fanns cirka 410 000 personer med den erfarenheten i Sverige. I dag blir ungefär 60 procent av alla patienter botade, men det varierar mycket mellan olika cancersjukdomar.

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor, 7 917 fall år 2010. Hos män är prostatacancer den vanligaste cancerformen, 9 697 fall år 2010. Hudcancer är den näst vanligaste cancerformen hos både män och kvinnor.

Hudcancer, både malignt melanom och övrig hudcancer, är den tumörgrupp som ökar mest. Lungcancer hos kvinnor ökar och har ökat den senaste 20-årsperioden. Prostatacancer har fortsatt att öka sett över en längre period. Bröstcancer har också ökat de senaste 20 åren. Andra cancerformer som ökar är testikel- och tjocktarmscancer. (Cancerfonden)

I NU-sjukvården så finner man under 2011 ca 3615styckna patienter som får en diagnoskod med någon form av cancersjukdom. Merparten av dessa patienter är över 50 år. Dessa patienter gör tillsammans 13628 stycken besök i öppen och slutenvården i NU-sjukvården. Man ser också de patienterna på flera olika vårdenheter. Exempel på dessa kan vara Avd. 45 NÄL, Mottagning 45 Näl, Avd. 51 Näl, Lungmottaning Näl, Avd. 14 Uddevalla, Avd. 3 Uddevalla, Avd. 62 Näl, Avd. 65 Näl, Bröstmottaning Uddevalla, Kir mottagning gastro Näl, Mott urologi UA, Onkologmottagning Uddevalla, Operation kir Näl, Palliativa mott Uddevalla, Urologi mott UA, Operation Öron-näsa, Mottagning öron-näs-hals Uddevalla och Näl. alla dessa avdelning och mottagningar har mera än 100 besök under 2011.

Mediantid för vård tid för dessa patienter under 2011 är 5 dygn, medeltiden är dock 8,11 dygn. Vi finner patienter som har vårdats från 1 till 118 dagar under 2011. Man ser också att relativt många patienter vårdas mellan 1-3 dygn.

KOL Patienter

Luftrörsskadorna vid KOL orsakas av mångårig inandning av retande partiklar och gaser. Det är vanligen rökare som drabbas, men i vissa fall kan arbetsmiljön vara avgörande för sjukdomens utveckling. Ärftliga faktorer kan ha betydelse för uppkomsten av KOL.

Hos rökare kan man redan i tjugo- till trettioårsåldern finna tecken på skador i luftrören, men dessa är inte tillräckligt utbredda för att utlösa KOL. I fyrtio- till fyrtiofemårsåldern brukar tobaksskadorna ha blivit avsevärt större. Det är hos rökare i denna ålder som KOL börjar bli vanligt.

KOL är en underdiagnostiserad sjukdom. Upp emot 700 000 svenskar beräknas vara drabbade och antalet ökar för varje år. De flesta personer som har KOL har dock ännu inte blivit hjälpta.

Under 2011 så gjorde ca 655 patienter ett besök på NU-sjukvården i olika vårdformer. Nästan alla dessa patienter är över 50 år och det är något mera kvinnor än män i NU-sjukvården. Allt från ineliggande på vårdavdelningar och öppenvårdsbesök. Under detta år så hade dessa patienter tillsammans 1430 olika besök på NU- Sjukvården. Vissa avdelningar träffar dessa patienter oftare än andra exempel Avd. 51 Näl, Avd. 29 Näl och Lungmottagning NÄL.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (5)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Tittar vi på dessa patienter som behandlas inom slutenvården så har de en mediantid på 5 dygn. Finner patienter som vårdats mellan 1-66 dygn på sjukhuset men merparten av dessa patienter vårdas mellan 1-5 dygn.

Hematologi patienter

Till landets olika hematologiska kliniker/enheter inkommer varje år ca 2000-2500 patienter med nyupptäckta maligna blodsjukdomar såsom akuta och kroniska leukemier, myelom samt lymfom.

Därtill kommer ett stort antal patienter med icke-maligna sjukdomstillstånd, såsom komplicerade anemier, trombocytopenier och olika former av benmargssvikt samt, på ett flertal sjukhus, även olika blödningstillstånd.

Viktigt att tänka på när man ser nedanstående statistik är att den grundar sig på på patienter som har besökt Hematologi i Uddevalla. Alltså är inte detta ny upptäckta patienter utan ev återkommande patienter.

1620 styckena patienter hade kontakt med Hematologi i Nu sjukvården (Uddevalla) under år 2011. Dessa patienter hade tillsammans 5950 stycka kontakttillfällen bara under detta år. Man ser dock att merparten av de besöken är till öppen vården. Median tid för de patienter som vårdas i slutenvården är 6 dygn och medeltiden är 8,27 dygn. Man kan också utskilja personer över 50 år är över representerade.

Samtlig statistik kommer att presenteras i bilaga 2

I denna arbetsgrupp så har man också pratat om vad för info man skulle behöva som läkare på exempelvis på akuten för att kunna ge ett bra stöd till patient, anhöriga och sjuksköterska på plats. Saker som man efterfrågar är:

- EKG
- Vitalparametrar (temp, puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation)
- Viss blodprovstagning redan på plats, exempel CRP, HB och ev. blodstatus
- Bild dialog med patient, personal på plats och anhöriga.
- Brevidgång hos varandra så att man kan få en personlig kännedom om vem man möter i telefon alt. via bilddialog.

Redan idag finner man en del av dessa uppgifter när exempel ambulanssjuksköterskan möter patienten i hemmet. Provtagning där man exempel utläser HB finns också i ambulans, CRP är dock ett prov som man vid flertalet gånger nämner på dialog mötena i arbetsgruppen. Kontakt har tagit med företaget där man eventuellt har en lösning för detta redan idag. (Orion Diagnostica).

Tromsö

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (6)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Den 22 mars 2012 så gjordes ett studiebesök i Tromsø på Nationellt center för samhandling och telemedicin (telemed.no). Medverkade gjorde Johan Petersson Projektledare Akut Närsjukvård, Jan-Erik Wounsch Tekniskchef NU-Ambulansen, Lillemor Berggren NU-sjukvården IT/IS och Kjell-Åke Johansson SKAS Ambulans.

Under denna dag beskrivs deras enorma arbete där en del är telemedicin. Idag i norra delen av Norge så använder man telemedicin mycket pga. av deras långa avstånd till sjukhus. Man beskriver hur man t.ex. har kontakt med mottagning på Svalbard från Tromsø. Här beskrivs hur man under besvärligt förhållande har kunnat genomföra mycket komplicerade operationer, förlossningar och trauma. Vilket har givit mycket goda resultat.

Deras utrustning som används är mycket avanserad, man ställer höga krav på den. Med hjälp av den så kan man ha videokonferens, utrustningen sänder också vitala data så som EKG, Bltr, Puls, Pox. De har tillgång till patientens olika journaler. EKG ultraljud görs också med hjälp av denna utrustning.

Under deras arbete som pågår och de som planeras finner man framför allt ett stort problem, eventuellt gäller detta bara i Nord Norge men troligen överallt. Det man pratat om är infrastrukturen som finns i dag inte klara av så avancerad teknik.

MPÖ

Detta är en tjänst som kan erbjudas i mobilaenheter redan ute hos patienter i hemmet. En tjänst som bygger på NPÖ (Nationell patient översikt).

I takt med att vi blir äldre så ökar kraven på en effektivare sjukvård!

Krav om att utveckla bättre verksamhetsstöd för att göra våra kunders personal ännu effektivare!

Mobil Patientöversikt möjliggör rätt information på rätt sätt med effektivare, mer flexibel och kvalitetshöjande vård och omsorg som resultat!

Den tjänst som man testat ny bygger på en säker inloggning via exempel SITHS kort med hjälp av en kortläsare som pratar med enheten, vilket gör så att det är rätt person som kommer åt informationen.

I MPÖ finner man viktig information om patienten så som journalanteckningar, diagnoser, läkemedel och labbsvar.

Teknisklösning kommer att presenteras i Bilaga 1

Risikanalys

I samband som projekt Akut Närsjukvård startade så fann man tidigt synergier med Samverkande Sjukvård. Där har man redan idag identifierat en del risker som man också kommer att finna i detta projekt. Det har också gjorts en riskanalys i ambulanssjukvården där man pratar om patienter som lämnas i hem miljö. Här finner man också saker som man saknar idag, bl.a. tillgång till patientens journal redan ute i ambulans.

I arbetsgruppen så pratar man också om risker så som att man är för hårt belastad. Att man inte har någon personlig kännedom om den som man för en dialog med.

En riskanalys som riktar sig till just Akut Närsjukvård behöver göras, detta kommer att ske om man beslutar att gå vidare med projektet.

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (7)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Facklig närvaro

Facklig medverkan sker genom arbetsgrupp i Samverkande sjukvård .

Fortsatt inriktning:

I ett fortsatt arbete finns tydliga synergier med Samverkande sjukvård samt att knyta an med aktiv hälsostyrning där man kommer att identifiera bl.a. mångbesökaren på akuten. Dessa patienter som man troligen finner redan i ambulansen och därmed kunna styra till rätt vårdnivå samt med läkarkontakt ge vård i hemmet.

Projektet ser en stor potential med det tekniska arbetet som redovisas i bilaga 1 vilket kommer att hjälpa till med bland annat bedömning och stöd redan ute i hemmet samt samarbete med övriga vårdaktörer.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (8)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

Bilaga 1

1. Inledning

NU-sjukvårdens sjukhusdirektör gav i uppdrag till områdeschef för Akutverksamhet att utarbeta förslag till tekniska lösningar som skapar förutsättningar att bedriva medicinskt säkerställd akut närsjukvård i patientens hemmiljö.

Telemedicin kan vara att två personer inom vården diskuterar ett fall över telefon eller via till exempel satellitteknologi och videokonferensutrustning för att genomföra en realtidskonsultation mellan medicinska specialister på två olika platser.

2. Syfte

- Utövande av hälso- och sjukvård med hjälp av **telekommunikationsteknik** och **informationssystem telemedicin** i ett vidare begrepp.
- Övervakning en patient i hemmiljö med hjälp av enheter som blodtrycksmätare, ekg mm och överföra informationen till en vårdgivare.

3. Historik

Telemedicin är medicinsk kommunikation via telekommunikation, som började användas redan på 1950 - talet. Bland de första experimenten i världen var att överföra hjärtljud via radiotelefonnsamtal till läkare på sjukhus.

Det allra första svenska distansdiagnosprojektet började i samarbete mellan Sahlgrenska sjukhuset och Göteborgs Radio (kustradio) redan 1923. Syftet var att bistå skadade och sjuka besättningsmedlemmar på svenska fartyg utanför Sveriges gränser med medicinska bedömningar och råd.

Telemedicin har under åren utvecklats i världen i takt med övrig teknologi och ger idag stora möjligheter att vårda vissa patienter utanför sjukhus.

4. Utformning av införande av Telemedicin inom NU-sjukvården

4.1 Upplägg

Att genomföra pilottester av telemedicinsk utrustning och arbetssätt. Kontakter har etablerats med VGR-IT och TUCAP, Lindholmen Science Park.

TUCAP och företrädare för NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus kommer att utforma en projektbeskrivning där olika tekniska utrustningar kommer att testas i dels hemmiljö och sjukhusmiljö.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|-------|
| | 0.1 | Utkast | (9)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

TUCAP kommer att stödja ovanstående pilottester med projektledning och kontakter med telemedicinska företag.

Pilottester med hjälp av telemedicinsk utrustning kommer även att genomföras i samverkan mellan TUCAP och SKAS.

4.2 Telemedicinsk Ledningscentral

Förslag är att en telemedicinsk ledningscentral ska upprättas vid akutmottagning NÄL, som bemannas med läkare och sjuksköterska. Centralens uppgift är att via telemedicinsk kommunikation stödja vårdpersonal och patienter i samband med vård i hemmiljö.

Telemedicinsk ledningscentral ska kunna ta emot provresultat (ekg m m) för bedömning av läkare. Tillgång ska finnas till journalsystem Melior, primärvårdens journalssystem, NPÖ, KLARA, med flera.

Möjlighet till videokonferensen med olika aktörer utanför sjukhuset.

4.3 Olika testmiljöer

Patienter med dialys i hemmet

- Ambulans till MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning)
- Från serviceboende till vårdcentral
- Från ambulans till akutmottagning
- Kommunsjuksköterska/Ambulanssjuksköterska till akutmottagning

4.4 Personal

- Kommunsjuksköterskor som ingår i "Samverkande sjukvård"
- Läkare och sjuksköterskor från Vårdcentraler
- Ambulanssjuksköterskor
- Läkare och sjuksköterskor för bemanning av telemedicinsk central
- IT-personal
- Administrativ personal

4.5 Placering

- Telemedicinsk ledningscentral – Akuten NÄL
- Vårdcentralen Herrestad – Serviceboende Rotviksbro
- Kommunsjuksköterska Strömstad – Telemedicinsk central/Beredskapsläkare/MÄVA
- Dialysmottagning NÄL – bostad patient
- Lokalsjukhusen – specialistmottagningar på NÄL och Uddevalla sjukhus

| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|--------|
| | 0.1 | Utkast | (10)29 |

Dokumentbeskrivning:

Delrapport

4.6 Utrustning

- Befintlig teknisk utrustning som finns inom Västra Götalandsregionen ska vara grunden för framtida telemedicinsk verksamhet. Viss kompletterande utrustningsanskaffning kommer att behövas på grund av att idag finns ej denna utrustning i ordinarie verksamhet.

4.7 Samordning med andra enheter

- Journalföring
- Psykiatrin
- Primärvården
- Ambulanssjukvård
- Kommunal hälso- och sjukvård
- Somatiska vården inom NU-sjukvården (MÄVA)
- NU-akademin

5. Utvärdering

Resultatet av pilottester ska utvärderas i samverkan med berörda medicinska specialiteter.

Utvärderingen ska innehålla resultat av patientsäkerhet, arbetsmiljö, ekonomi och tekniksäkerhet.

6. Ekonomi

TUCAP kommer att stödja ovanstående pilottester med projektledning och kontakter med telemedicinska företag. Förslag är att kostnader fördelas mellan TUCAP och NU-sjukvården. Ekonomisk beräkning är i dagsläget inte framtagen men kommer att kompletteras snarast. Dock har båda parter intresse i denna fråga vilket innebär att samarbetet inte ses som konsultarbete.

7. Förslag till beslut.

Utifrån att den ekonomiska kalkylen anses vara godtagbar föreslås att arbetet med teknikutveckling sker enligt ovan

Bilagor

Bilaga 1 – Olika testmiljöer

Bilaga 2 – Slutrapport Video 120309

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|--------|
| | 0.1 | Utkast | (11)29 |

Dokumentbeskrivning:

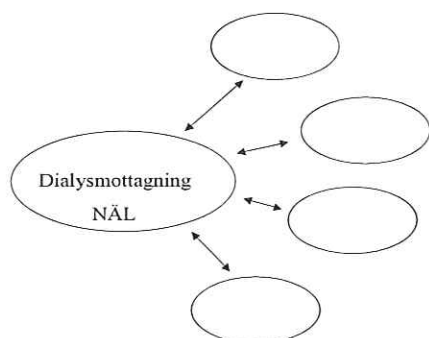
Delrapport

Tucap-Lindholmen Science Pack

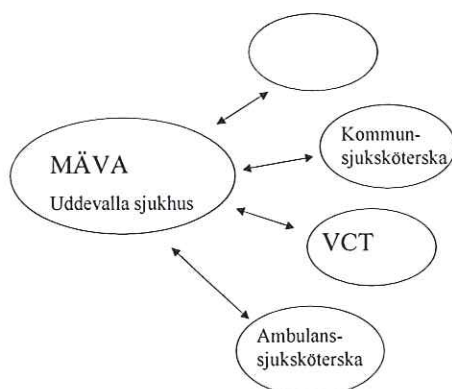
www.lindholmen.se/sv/vad-vi-gor/tucap

Olika testmiljöer

- Patienter med hemdialys



- Kontakt med MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning)

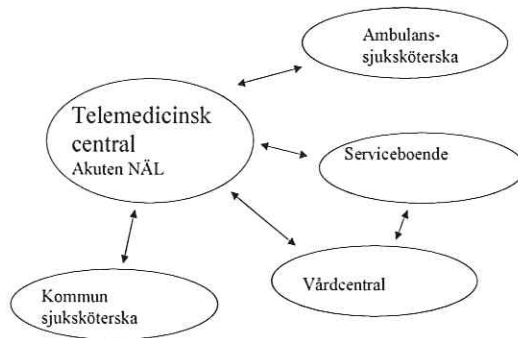


| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------|--------|
| | 0.1 | Utkast | (12)29 |

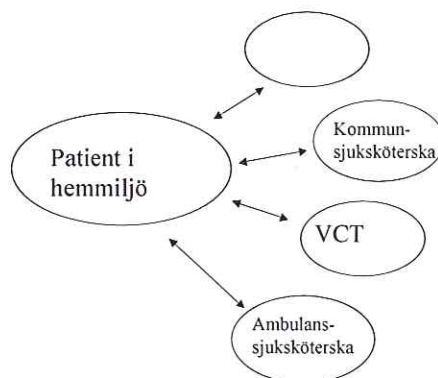
| |
|----------------------|
| Dokumentbeskrivning: |
| Delrapport |

Bilaga X

- Kontakt med telemedicinsk central



- Patient i hemmiljö i kontakt med vårdgivare



Ärende 5

Ärende 5

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-18
Diarienummer NU 96/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Anne Elfving
Telefon 0520-47 83 12
E-post anne.elfving@vregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Samband vuxenpsykiatri och medicin vid geriatrisk vård

Ärendet

För att förbättra vården för geriatriska patienter med psykiatriska symtom krävs ett ökat samarbete mellan vuxenpsykiatri och område medicin. Mot bakgrund av detta fick områdena i uppdrag att utreda sambanden mellan psykiatri och medicin angående äldreverksamheten. Uppdrag från sjukhusdirektören är en del i den fastlagda inriktningen i Vårdöverenskommelsen för 2012 med syftet att öka tillgängligheten och effektivisera verksamheten.

En kartläggning har gjorts av avdelning 70, som utmynnat i ett förslag innebärande att det medicinska ansvaret övergår till medicin, medan patienten stannar kvar på avdelning 70, om patienten bedöms ha en somatisk orsak till de akuta psykiatriska problemen.

Effekten av ovanstående är ökad kvalitet för denna patientgrupp genom att patienter som är medicinskt färdigbehandlade inte behöver ligga kvar. Den ekonomiska effekten uppstår framförallt i tillgången till fler vårddygn och ökad tillgänglighet till psykiatriska vårdplatser.

Beredning

Rapporten har tagits fram av områdescheferna för vuxenpsykiatri och medicin. En intern styrgrupp och en arbetsgrupp har arbetat med att utforma förslaget. Arbetet har regelbundet förankrats vid samverkansmöten och olika ledningsmöten.

Inga patientrisker har identifierats, men det blir en viss ökad belastning för personalen. Förslaget har MBL-förhandlats 30 maj 2012.

Förslag till beslut

För geriatriska patienter med psykiatriska symptom inskrivna inom vuxenpsykiatri, fastställs utökat samarbete inom område vuxenpsykiatri och medicin i enlighet med slutrapporten.

Datum 2012-06-18

Diarienummer NU 96/2012

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Ulla Anderson
Områdeschef vuxenpsykiatri

Magnus Kronvall
Områdeschef medicin

Bilaga

Slutrapport uppdrag 7, Samband vuxenpsykiatri och medicin vid geriatrisk vård



| | | | |
|---|------------------------|--------------------------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (1)7 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Område Vuxenpsykiatri och Medicin | NU-sjukvårdens uppdrag | 7 | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| <i>Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård</i> | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Camilla Högström och Kent Storm | 2012-05-30 | Person / Grupp som godkänt dok | |

Slutrapport

”Uppdrag 7”

Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (2)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

Sammanfattning

Geriatriska patienter skrivs ibland in inom Vuxenpsykiatrin med psykiatriska symtom. Hos några patienter visar sig dessa symtom egentligen ha en somatisk genes. För att förbättra vården för dessa patienter krävs ett ökat samarbete mellan Vuxenpsykiatrin och område Medicin.

En intern styrgrupp samt en arbetsgrupp bildades, och kartläggning av avdelning 70 har skett. Arbetet har regelbundet förankrats vid samverkansmöten och olika ledningsmöten.

Tanken är att det medicinska ansvaret övergår till Medicin, men patienten stannar kvar på avdelning 70, att konsultremiss skrivs till avdelning 12 och att patienten benämns utlokaliserad. Journalanteckningar förs i medicinjournal, betalningsansvaret ändras från 30 till fem dagar, omvårdnadsansvaret är på avdelning 70, likaså samordnad vårdplanering. Vid utskrivning görs en kortfattad epikris i medicinjournalen

Inga patientrisker har identifierats, men det bli en viss ökad belastning för personalen.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (3)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

Innehållsförteckning

| | | |
|-----|--|---|
| 1 | INLEDNING..... | 4 |
| 1.0 | Arbetsätt och medverkande..... | 4 |
| 2 | UTÖKAT SAMARBETE OMRÅDE VUXENPSYKIATRI OCH MEDICIN | 5 |
| 3 | RISKBEDÖMNING | 6 |
| 4 | ÖVRIGT | 6 |

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (4)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

1 Inledning

För att förbättra vården för geriatriska patienter med psykiatriska symtom krävs ett ökat samarbete mellan Vuxenpsykiatri och område Medicin, områdena fick därför i uppdrag att ureda sambanden mellan psykiatri och medicin angående äldreverksamheten.

Bakgrund

I Vårdöverenskommelsen för 2012 anges inriktningen avseende närsjukvård och den samverkande sjukvården, samt utförandet och organiserandet av operationer och samtidigt beaktas regionens vårdplatsutredning, samt arbetsmiljöverkets inspektion av sjukhuset.

Syftet med uppdragen är att öka tillgängligheten, effektivisera verksamheten samt förbättra arbetsmiljön inom de förutsättningar som den ekonomiska ramen medger. Flera av verksamhetsförändringarna berör i olika grad flera verksamhetsområden och arbetet måste samordnas mellan dessa, som i uppdrag 7.

1.0 Arbetsätt och medverkande

En organisation med en intern styrgrupp (områdeschef Vuxenpsykiatri och Medicin) och en arbetsgrupp bestående av berörda chefer och läkare tillsattes december 11. Arbetsgruppsledare var verksamhetschef för Vuxenpsykiatriska slutenvårdskliniken och verksamhetschef för specialistmedicin. Arbetsgruppsledarna rapporterar till den interna styrgruppen. Arbetsgruppens arbete har regelbundet förankrats och informerats om på samverkansmöten och verksamhetsledning

Kartläggning av vilka patienter som vårdas på avdelning 70 har skett för att ge ett bra underlag till arbetsgruppen att jobba utifrån.

Arbetsgruppen har träffats vid fyra tillfällen under vintern och våren 2012. Målsättning har varit att utarbeta en rutin (se sidan 5) för hur samarbetet kring patientgruppen ska kunna ske på ett säkert sätt. På sista arbetsgruppsmötet deltog representant för läkarförbundet och kommunal.

I arbetsgruppens uppdrag har också ingått att identifiera patientrisker och arbetsmiljörisker.



| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (5)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

2 Utökat samarbete område Vuxenpsykiatri och Medicin

Mål och syfte

Konsultremiss från avdelning 70 där patientens medicinska ansvar **eventuellt** går över till Medicin men patienten stannar kvar på avdelning 70 - samråd sker mellan överläkare och avdelningschef på avdelning 70.

Konsultremiss skrivs till överläkaren på avdelning 12.

Om det bestäms att det medicinska ansvaret övergår till Medicin:

- Patienten skrivs formellt in på avdelning 12. Kvarstannar på avdelning 70 med benämningen **utlokaliserad**. Vårdkoordinator på Medicin, tel 78801, meddelas om utlokaliseringen.
- Epikris skrivs av överläkaren på avdelning 70 i samband med utskrivningen från psykiatri.
- Dagjouren i Uddevalla har den medicinska kontakten med patienten.
- Journalanteckningar förs i medicinjournalen.
- I Klara ändras betalningsansvaret från 30 till fem dagar.
- I Elvis är patienten inskriven på avdelning 70.
- Omvårdnadsansvaret ligger under tiden för utlokaliseringen kvar på avdelning 70.
- Pilning av läkemedel i läkemedelslista görs av läkare på avdelning 70.
- Förändring av somatisk medicinering görs av område Medicins husjour på Uddevalla sjukhus.
- Samordnad vårdplanering genomförs av personal på avdelning 70.
- Vid utskrivning görs en kortfattad epikris i medicinjournalen



| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (6)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

3 Riskbedömning

Patientrisk

Inga identifierade patientrisker. Uppföljning kommer att ske fortlöpande genom ordinarie avvikelshanteringssystem.

Arbetmiljörisk

Då medicinska ansvaret (se sidan 5) överförs till dagjouren på Medicin kan det bli en viss ökad belastning. Regelbunden uppföljning antal patienter som omfattas av rutinen kommer att ske.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (7)7 |

Dokumentbeskrivning:

Område Vuxenpsykiatri och Medicin. *Samband Vuxenpsykiatri och Medicin vid geriatrisk vård.*
Uppdrag 7.

4 Övrigt

Geriatriska patienter med psykiatriska symtom ska också omfattas av femdagarsregeln för betalningsansvar även om de vårdas på avdelning 70.

Regelbunden uppföljning kommer att ske fortlöpande genom bland annat ordinarie avvikelshanteringssystem.

Ulla Anderson
Områdeschef

Kent Storm
Verksamhetschef

Ärende 6

Ärende 6

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-18
Diarienummer NU 96/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Anne Elfving
Telefon 0520-47 83 12
E-post anne.elfving@vregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Förstärkning och differentiering av vårdplatser

Ärendet

Inom Vårdöverenskommelsen för 2012 ingår åtta specificerade uppdrag från sjukhusdirektören till områdeschefer. Syftet med uppdragen är att belysa hur beskrivna förändringar kan genomföras och deras ekonomiska effekt. Uppdraget är att skapa en kostnadseffektiv och patientsäker vårdplatsförsörjning för alla vuxensomatiska specialiteter inom NU-sjukvården. I ett första steg skapas en vårdavdelning för utskrivningsklara patienter, kombinerat med patienthotell. En vårdavdelning, (avdelning 52), med 16 vårdplatser för utskrivningsklara patienter öppnades september 2011.

För att kunna avlasta specialistvården bör viss sjukvårdande behandling bedrivas på patienthotellet. Finns det inget behov av sjukvårdande behandling alls bör patienten istället skrivas ut till hemmet. Den bemanning som krävs är en sjuksköterska dagtid måndag-fredag och en värdinna. Enligt utredningen bör det finnas förutsättningar att lösa bemanningsfrågan i samarbete med område akutverksamheten och eventuellt med hjälp av reha-tjänst eller motsvarande.

Därutöver föreslås att antalet fastställda vårdplatser utökas på avdelning 42, 51 och 53 med totalt 8 vårdplatser. Utökningen av fastställda vårdplatser kan ske utan utökning av personal.

Kostnaderna för genomförande avser utrustning på avd 52 och är beräknade till cirka 350 000 kr.

Utökningen av antalet fastställda vårdplatser kan ske omgående och uppstarten av patienthotellet 1 september, under förutsättning att bemanningsfrågan löses.

Beredning

Ärendet har beretts inom område medicin, opererande specialiteter och barn- och kvinnosjukvård. I arbetet har facklig samverkan skett. Ärendet MBL-förhandlas 20 juni 2012.

Datum 2012-06-18

Diarienummer NU 96-2012

Förslag till beslut

På vårdavdelningen för utskrivningsklara patienter öppnas åtta patienthotellplatser 1 september 2012.

Antalet fastställda vårdplatser utökas med 8 st fördelade på avdelning 42, 51 och 53 så att antal fastställda bestäms till:

- Avdelning 42 – 29 vårdplatser
- Avdelning 51 – 26 vårdplatser
- Avdelning 53 – 43 vårdplatser

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Magnus Kronvall
Områdeschef medicin

Bilaga

Slutrapport uppdrag 5 - Förstärkning av vårdplatser inom område medicin



| | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (1)10 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Slutrapport | <i>Förstärkning vårdplatser område medicin</i> | 5 | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| <i>Slutrapport projekt 5</i> | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Lisa Neldehof/Niclas Jovander | 120508 | <i>Person / Grupp som godkänt dok</i> | |

Slutrapport

”Förstärkning vårdplatser område medicin”



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (2)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

Sammanfattning

Uppdraget ska resultera i:

- En kostnadseffektiv och patientsäker vårdplatsförsörjning för alla vuxensomatiska specialiteter inom NU-sjukvården. I ett första steg skapa en vårdavdelning för utskrivningsklara patienter, kombinerat med patienthotell. Ytterligare en avdelning med liknande inriktning kan behövas på Uddevalla
- Avgränsningar: vi har gjort en inventering av möjliga patientgruppen men ansvaret att faktiskt fylla platserna måste vara sjukhusövergripande.

Resultat

Behov

- Beslut om öppnande av 8 patienthotellsplatser (öppenvårdsplatser)
- Beslut om utökande av fastställda vårdplatser på avd 42 (från 26 till 29), 51(från 24 till 26)och 53 (från 40 till 43).

Resurs

Personal

Vi bör bedriva viss sjukvårdande behandling på patienthotell för att kunna avlasta specialistvården. Finns det inget behov av sjukvårdande behandling alls bör patient istället skrivas ut till hemmet.

Bemanningen som krävs är en sjuksköterska dagtid måndag-fredag. Samt en vårdinna dagtid måndag-fredag

Akuten överturer vardagar används till att bemanna sjukskötersketjänsten på patienthotellet.

Undersöka om vårdinnan kan lösas via rehabspåret eller via noder. (Se bilaga 4)

Utökning av fastställda vårdplatser på avd 42, avd 51 och avd 53 kan ske utan utökning av personal.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (3)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

Ekonomisk kalkyl

Urustning

- Lås på dörrar 7 000:-
- Nyinvestering av sjukhussängar och nattduksbord 120 000:-
- Extra säng/bäddfotölj 56 000:-
- TV 21 000:-
- Stolar till matsal 20 000:-
- Bokningssystem 36 000.-
- Ommålning 50 000:-
- Textilier (sänglinnen, dölja väggramp) 40 000:-
- Totalt ca 350 000:-

Risk

Riskbedömning/personal – riskanalys/patienter (Se bilaga 3)

Genomförandeprocess

- Planerad uppstart av patienthotell kan ske 1 september 2012
- Uppföljningen sker enligt plan i riskbedömningen
- Fortsatt tidsplanering efter fattat beslut

- Utökning av fastställda vårdplatser på avd 42, avd 51 och avd 53 kan ske omgående

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (4)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| 0.1 Syftet med dokumentet | 5 |
| 0.2 Versionshistorik..... | 5 |
| 0.3 Referenser | 5 |
| 1 UTFALL..... | 6 |
| 1.1 Måluppfyllelse..... | 6 |
| 1.1.1 Kommentar | 6 |
| 1.2 Leveranser | 6 |
| 1.2.1 Kommentar | 6 |
| 1.3 Tidsplan..... | 7 |
| 1.4 Budget..... | 7 |
| 1.4.1 Kommentar | Fel! Bokmärket är inte definierat. |
| 2 GENOMFÖRANDE | 8 |
| 2.1 Organisation | 8 |
| 2.2 Metoder och verktyg | 8 |
| 3 SLUTLEVERANS | 9 |
| 3.1 Förberedelser..... | 9 |
| 3.2 Överlämning | 9 |
| 3.3 Förvaltning..... | 9 |
| 3.4 Arkivering | 9 |
| 4 ERFARENHETER FRÅN PROJEKTET | 10 |
| 4.1 Synpunkter och observationer | 10 |
| 4.2 Förslag till förbättringar..... | 10 |
| 4.3 Kommentarer från projektet..... | 10 |

| | | | |
|---------------|-------------|----------------------|-------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (5)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

0.1 Syftet med dokumentet

Syftet med slutrapporten är dels att sammanfatta projektets resultat och genomförande, dels att ta tillvara gjorda erfarenheter och föreslå förbättrande åtgärder.

0.2 Versionshistorik

| Datum | Version | Utfärdare | Förändringsorsak |
|--------|---------|--------------------------------------|------------------|
| 120508 | 1,0 | Lisa Neldehof/Nicla s Jovander | |
| | | | |
| | | | |

0.3 Referenser

Här anges alla de dokument som det hänvisas till i slutrapporten

| Datum | Version | Förkortning | Utfärdare | Dokument- /boknamn |
|--------|---------|-------------|-------------------------------------|--|
| 120508 | 1 | Bilaga 1, | Lisa Neldehof/Niclas Jovander | Inventering NU- sjukvården |
| 120508 | 1 | Bilaga 2 | Lena M Appelgren | Antal gäster per klinik 2011 |
| 120508 | 1 | Bilaga 3 | Lisa Neldehof/Niclas Jovander | Riskbedömning arbetsmiljö och hälsa samt patientsäkerhet |
| 120511 | 1 | Bilaga 4 | Lisa Neldehof | Bemanning av vårdinnetjänst på patienthotell |

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (6)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

1 Utfall

1.1 Måluppfyllelse

Målet med projektet är att inventera och analysera verksamheterna för att upprätta 8 patienthotellplatser i NU-sjukvården utifrån befintliga personalkostnader.

Utifrån den analys och riskanalys som har gjorts skulle 8 patienthotellplatser kunna öppna 1 september 2012 med viss justering i bemanningen på avd 52, vilket enligt förslaget kan lösas utan ökade kostnader för NU-sjukvården.

Utökning av fastställda vårdplatser på avd 42, avd 51 och avd 53 kan ske omgående och utan utökning av personal.

1.1.1 Kommentar

Vid vårt studiebesök vid SÄS framkom det att de vid två tidigare tillfällen försökt att öppna patienthotellplatser utan bemanning och vid båda dessa tillfällen ej lyckats få patienter och således ej avlastat specialistvården

I dagsläget är antalet disponibla vårdplatser högre på avd 42, 51 och 53 än de av direktören fastställda. Bemanningen är dimensionerad för de disponibla vårdplatserna. För att få rättvisande beläggningstal föreslås att antal fastställda vårdplatser sätts till antal disponibla vårdplatser.

1.2 Leveranser

Patienthotell med inriktning lättvård med en sjuksköterska på dagtid vardagar samt en värdinna. Undersöker om det går att använda rehabspåret eller ”noder” för värdinne-tjänsten. (Se bilaga 4). De 8 platserna skulle kunna ta emot patienter med olika medicinska behov men som ej är i behov av slutna specialistvård.

1.2.1 Kommentar

Gästerna på hotellet kommer få vissa medicinska insatser. Det förutsätts att gästen klarar sin ADL själv, men är i behov av viss sjukvårdande behandling som endast erbjuds i länssjukvård. Med denna vårdform tror vi att vi kommer kunna avlasta den slutna specialistvården.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (7)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

I bilaga 1 finner ni vår inventering av möjliga gäster till patienthotell från berörda verksamheter inom NU-sjukvården. Efter studiebesök från SÄS och tagit del av deras statistik av deras hotellgäster ser vi även andra patientgrupper som skulle kunna vara lämpliga som hotellgäster. (Se bilaga 2)

Vid tidigare utförd schemaöversyn har akuten fått tillskott för att täcka helgturer. Detta har lett till överturer vardagar. Vårt förslag är därför att akuten ansvarar för att bemanna de 8 hotellplatserna, dagtid, vardagar med en sjuksköterska.

1.3 Tidsplan

- Färdigt underlag till beslut 15 maj
- Information på MBL 16 maj
- Beslut MBL 30 maj
- Efter Ev beslut. start av patienthotell 1 september 2012

1.4 Budget

Personalkostnad inom befintlig NU-sjukvårdsbudget. Dock behövs viss investering i utrustning.

Utrustning

- Lås på dörrar 7 000:-
- Nyinvestering av sjukhussängar och nattduksbord 120 000:-
- Extra säng/bäddfotölj 56 000:-
- TV 21 000:-
- Stolar till matsal 20 000:-
- Bokningssystem 36 000:-
- Ytrenovering 50 000
- Textilier (sänglinnen, dölja väggramp) 40 000:-
- Totalt ca 350 000:-

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (8)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

2 Genomförande

2.1 Organisation

- **Övergripande styrgrupp:** Sjukhusledning
- **Styrgrupp projekt:** Områdeschefer för område medicin, område opererande specialiteter och område för barn och kvinnorsjukvård
- **Projektledare:** Lisa Neldehof och Niclas Jovander
- **Referensgrupp:** Berörda verksamhetschefer
- **Arbetsgrupper:** Anna Hultén, Marie Brokopp, Anna Verdoes, Lisa Neldehof och Niclas Jovander
- **Facklig representation:** Kertin Eklöf (SKAF) Ingegerd Johannison (SKAF), Christina Samstrand (Vårdförbundet), Mats Kölfeldt (Läkarförbundet) Agneta Karlsson (Vision)

2.2 Metoder och verktyg

- Inventering med hjälp av berörda verksamhetschefer
- Dokumenterats i matris



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (9)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

3 Slutleverans

3.1 Förberedelser

- Informerat vid strategiska utvecklingsgruppen vid två tillfällen
- Styrgruppsmöten
- Projektmöten
- Studiebesök SÄS

3.2 Överlämning

Enligt plan.

3.3 Förvaltning

Efter beslut övertas förvaltningen av projektet av område medicin och Akutmedicinkliniken

Slutrapport med bilagor har levererats

3.4 Arkivering

Diariet föras på ledningskansliet.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|--------|
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (10)10 |

Dokumentbeskrivning:

Slutrapport projekt 5

4 Erfarenheter från projektet

4.1 Synpunkter och observationer

Patienthotellplatser är öppenvårdsplatser därför får de inte användas till slutenvård.

4.2 Förslag till förbättringar

Efter en utvärderingsperiod ser vi möjligheter att utveckla konceptet patienthotell, först och främst med uppstart i lokaler tillsammans med UK-patienter i Uddevalla. Därefter eventuellt utökande av patienthotellsplatser.

4.3 Kommentarer från projektet

Viktigt att poängtera att dessa patienthotellplatser skapas till fördel för hela NU-sjukvården. Vi tycker det är extra viktigt att belysa då projektets namn från början var: *Förstärkning av vårdplatser område medicin*. (Den övervägande delen av SÄS gäster till patienthotellet bestod av strålningspatienter och patienter från område opererande.)

Ärende 7

Ärende 7

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-18
Diarienummer NU 96/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Anne Elfving
Telefon 0520-47 83 12
E-post anne.elfving@vregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Konsolidering av avdelningarna 45 kvinnokliniken och 61 öron näsa hals

Ärendet

Inom Vårdöverenskommelsen för 2012 ingår åtta specificerade uppdrag från sjukhusdirektören till områdeschefer. Syftet med uppdragen är att belysa hur beskrivna förändringar kan genomföras och deras ekonomiska effekt. Uppdraget i projektet om konsolidering av avdelningarna 45 och 61 är att beskriva hur en sammanslagning av vårdavdelningarna för ÖNH/käkkirurgi och gynekologi skulle kunna genomföras. Syftet är att frigöra vårddyta för annan verksamhet och att minska kostnaderna för klinikernas vårdplatser.

Arbetet har resulterat i ett förslag om att bedriva gynekologisk och ÖNH slutenvård i konsoliderad form med 32 vårdplatser vardagar. Platserna fördelas som 28 fastställda vårdplatser och 4 beläggningsbara vårdplatser samt 21 vårdplatser på helgen.

Resurser som krävs är bemanning utifrån att patienter ska vårdas från två skilda specialiteter och att det alltid ska finnas tillgänglig personal med särskild kompetens inom båda disciplinerna. Avdelningen kräver en ny och för ändamålet anpassad lokalyta på någon av de befintliga avdelningarna.

Den ekonomiska effekten beräknas till 4-5 mnkr i form av minskade personalkostnader. Övriga effekter är att vårdplatser frigörs för annan verksamhet och att kostnaden för klinikernas vårdplatser minskar.

Kostnader för om- och tillbyggnad och kostnader för ny utrustning som inte kan flyttas tillkommer. Uppstartsdatum för den nya avdelningen är beroende av att lokalfrågan är löst.

Beredning

Arbetet har bedrivits i en projektorganisation med yrkesföreträdare från båda klinikerna som arbetat med stöd av projektledare. Information och förankring har skett via klinikledning, APT och andra informationsmöten. Riskanalys för patientsäkerhet och arbetsmiljö har genomförts. Ärendet MBL-förhandlas 20 juni 2012.

Datum 2012-06-18

Diarienummer NU 96-2012

Förslag till beslut

Verksamheterna inom gynekologi (avdelning 45) och ÖNH (avdelning 61) slutenvård, ska bedrivas i konsoliderad form med 32 vårdplatser vardagar. Platserna fördelas som 28 fastställda vårdplatser och 4 beläggningsbara vårdplatser samt 21 vårdplatser på helgen.

Förändringen genomförs fr o m 1 oktober 2012.

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Per Lundgren
Områdeschef barn- och kvinnosjukvård

Bengt Ekelund
Områdeschef opererande
specialiteter

Bilaga

Slutrapport uppdrag 4 - Konsolidering av avdelningarna 45 KK och 61 ÖNH



| | | | |
|--|---------------------------|--------------------------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (1)18 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Projektdokument | Konsolidering avd 45 - 61 | Uppdrag 4 | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| <i>Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning / syfte</i> | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Marie Brokopp projektledare | 120611 | Styr/Beredningsgrupp projekt 4 | |

Slutrapport

”Konsolidering avd 45 - 61”

| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (2)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning / syfte

Sammanfattning

Uppdraget i projektet är att beskriva hur en sammanslagning av vårdavdelningarna för ÖNH/käkkirurgi och gynekologi skulle kunna genomföras. Syftet är att frigöra vårddyta för annan verksamhet och att minska kostnaderna för klinikernas vårdplatser.

Den nya avdelningen ska kunna tillgodose en god och kvalificerad vård för patientgrupperna och en god arbetsmiljö för personalen. Kompetens och bemanning inklusive ledningsfunktioner ska beskrivas. Vårdplatser och övriga specificerade vårdlokaler ska definieras. Produktionsvolym och produktionsplanering ska avpassas så att avdelningen nyttjas optimalt. Samarbete med de båda klinikernas öppenvård ska beaktas liksom med samarbetskliniker, inkl diagnostik och operationsplanering. Här bör även särskild hänsyn tas till kvinnoklinikens interna samverkan mellan gynekologi och obstetrik med gemensamma jourer.

Avgränsningar har gjorts mot de delar av gynekologins öppenvård som idag bedrivs på avdelning 45 samt mot 24-timmars vårdplatser på avd 61. Lokaler för den nya avdelningen finns inte anvisade ännu varför ombyggnadsplanering ej kunnat göras.

Projektorganisationen har varit en berednings-/styrgrupp 4 samt en projektgrupp med yrkesföreträdare från båda klinikerna som arbetat med stöd av projektledare. Några av projektgruppsmedlemmarna är även fackliga företrädare. Regelbundna möten har hållits i båda grupperna. Information och delaktighet har tillförsäkrats via klinikledning, APT och avdelningsmöten samt informationsmöten.

Resultat

Verksamhetsnyttan av en konsolidering av avdelning 45-61 är att vårdplatser frigörs för annan verksamhet och att kostnaden för klinikernas vårdplatser minskar.

Behov

Vårdplatser

För att bedriva gynekologisk och ÖNH slutenvård i en konsoliderad form krävs 32 vårdplatser vardagar och dessa kan fördelas som 28 fasta och 4 beläggningsbara vårdplatser samt 21 vårdplatser på helgen.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (3)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Resurs

Personal

Avdelningen måste bemannas utifrån att där ska vårdas patienter från två skilda specialiteter. Det måste alltid finnas tillgänglig personal med särskild kompetens inom båda disciplinerna.

Avdelningen bör ha en gemensam avdelningschef samt eventuellt en sektionsledare vardera för KK och ÖNH. Yrkeskategorier som är aktuella är sjuksköterskor, barnmorskor och undersköterskor samt resurs av sekreterare och paramedicinsk personal. Läkarbemanningen ingår inte i avdelningens resurser.

Urustning

Avdelningen ska utrustas för det antal patienter som beslutas. Befintlig utrustning på nuvarande avd 45 och 61 bör kunna användas om den är flyttbar och kompatibel. Det kommer då att innebära att man lämnar en till stora delar tömd avdelning.

Detaljerad utrustningsplan måste göras i ett genomförandeprojekt.

Lokaler

Avdelningen kräver en ny och för ändamålet anpassad lokal alternativt frigjord och ombyggd lokalyta på någon av de befintliga avdelningarna. Vårdlokalerna ska innehålla tillräckligt antal enkel- och dubbelrum anpassade till god hygienisk standard och säker vård där genusperspektiv ska beaktas. Särskild hänsyn ska tas av respekt för kvinnans sjukdomar. Skilda behandlingsrum för specialiteterna är nödvändigt då man har helt olika utrustningsbehov. Samordning kan ske av patientgemensamma ytor samt förråd och personalrum. Lokalerna bör ligga i så nära anslutning som möjligt till förlossning/BB på grund av gemensam jour på kvinnokliniken.

Ekonomisk kalkyl

Effektiviseringen av personalbudgeten beräknas bli 4-5 mkr.

Risikanalyser

Patientrisker

- Fullbelagt
- Låneplats på annan klinik vid överbeläggning
- Kompetent personal kan sluta
- Ökad smittrisk/infektionsrisk
- Brist på integritet (lokaler)

Arbetsmiljörisker

- Kompetensförlust
- Otillräckliga lokaler
- Två kulturer/stor förändring

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (4)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Genomförandeprocess

Tidplan

- Underlag för information i MBL klart 28 maj
- Information på MBL 30 maj
- Slutrapport inlämnad den 11 juni
- Styrelsens presidium 14 juni
- Beslut MBL 20 juni
- Beslut i styrelsen 29 juni
- Formell konsolidering i budget sker den 15 september 2012 oavsett driftstartsdatum.
- Start av ev genomförandeprojekt efter att beslut har tagits.
- Planering av lokaler
- Organisation för den nya avdelningen till KIV och RO
- Iordningställande av lokaler
- Definiera eventuell övertalighet
- Bemanning och schemaläggning
- Genomgång av avdelningsrutiner
- Introduktion
- Uppstart av gemensam avd 45-61. Intensionen är att starta så snart erfoderliga förutsättningar är uppnådda.

Uppföljning

”Beroenden”

Väntar på att få en lokal anvisad för den gemensamma vårdavdelningen som kan anpassas till verksamheten.

Operationsplanering måste anpassas för att få en jämn beläggning av patienter i den planerade vården. Projektet påverkar därmed operation, UVA, IVA, röntgen, labb, klinfys samt paramedicinsk verksamhet.

Ska akuta patienter under jourtid även i framtiden tas emot på AVC eller kan man räkna med att de tas emot på avdelningen?

Om de gynekologiska och ÖNH-patienter som idag vårdas i 24-timmarsspåret kan tas omhand på den nya avdelningen kan man undvika behov av överföring mellan avdelningar vid komplikationer och få ett optimalt omhändertagande samt bättre möjlighet till operationsplanering.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (5)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| 0.1 Syftet med dokumentet | 6 |
| 0.2 Versionshistorik..... | 6 |
| 0.3 Referenser | 6 |
| 1 UTFALL..... | 7 |
| 1.1 Måluppfyllelse..... | 7 |
| 1.1.1 Kommentarer | 7 |
| 1.2 Leveranser | 7 |
| 1.2.1 Behov av vårdplatser..... | 7 |
| 1.2.2 Produktionsvolym | 8 |
| 1.2.3 Lokalbehov | 9 |
| 1.2.4 Bemanning | 9 |
| 1.2.5 Riskanalys | 9 |
| 1.2.6 Organisation | 11 |
| 1.2.7 Kommentarer | 11 |
| 1.3 Tidsplan..... | 11 |
| 1.3.1 Kommentarer | 12 |
| 1.4 Budget..... | 12 |
| 1.4.1 Avvikelser..... | 12 |
| 1.4.2 Kommentarer | 12 |
| 2 GENOMFÖRANDE | 13 |
| 2.1 Organisation | 13 |
| 2.2 Metoder och verktyg | 14 |
| 2.3 Rutiner | 14 |
| 2.3.1 Dokumentstyrning..... | 14 |
| 2.3.2 Rapportering | 14 |
| 2.3.3 Riskhantering | 14 |
| 2.3.4 Möten | 14 |
| 3 SLUTLEVERANS | 15 |
| 3.1 Förberedelser..... | 15 |
| 3.2 Överlämning | 15 |
| 3.3 Förvaltning..... | 15 |
| 3.4 Arkivering..... | 15 |
| 4 ERFARENHETER FRÅN PROJEKTET | 16 |
| 4.1 Synpunkter och observationer | 16 |
| 4.2 Förslag till förbättringar..... | 16 |
| 4.3 Kommentarer från projektet..... | 16 |
| BILAGA 1 TITEL (BILAGERUBRIK 1) | 17 |



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (6)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

BILAGA 2 TITEL (BILAGERUBRIK 1) 18

0.1 Syftet med dokumentet

Syftet med slutrapporten är dels att sammanfatta projektets resultat och genomförande, dels att ta tillvara gjorda erfarenheter och föreslå förbättrande åtgärder.

0.2 Versionshistorik

| Datum | Version | Utfärdare | Förändringsorsak |
|----------|---------|---------------|-----------------------------------|
| 12 05 15 | 1,0 | Marie Brokopp | Första utkast |
| 120604 | 2,0 | Marie Brokopp | Kompletteringar från projektgrupp |
| 120611 | | Marie Brokopp | |

0.3 Referenser

Här anges alla de dokument som det hänvisas till i slutrapporten

| Datum | Version | Förkortning | Utfärdare | Dokument- /boknamn |
|-------|---------|-------------|---------------------|-----------------------|
| | 1 | | Styrgrupp för proj. | Kommunikationsplan |
| | 1 | | | Behov av lokaler |
| | 1 | | | Underlag vårdplatser. |
| | | | | |
| | | | | |

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (7)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

1 Utfall

1.1 Måluppfyllelse

I **uppdrag 4** ingår att utreda hur en konsolidering av KK:s slutenvård – avd 45 – och ÖNH-käkkir. – avd 61 skulle kunna genomföras, med bibehållen kompetens och att patienters särskilda behov beaktas.

I uppdraget ingår att, tillsammans med Berednings/styrgrupp 4, redovisa **en basal behovsanalys** (vårdplatser, produktionsvolym, lokalbehov, samverkan med öppenvård och andra kliniker) och därefter **en specificerad resursanalys** med ett preliminärt förslag, som ska genomgå **riskanalys** avseende såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet, och därmed kunna utgöra **underlag för beslut** av genomförande, vilket redovisas nedan.

Avdelningen ska kunna tillgodose en god och kvalificerad vård för patientgrupperna och en god arbetsmiljö för personalen. Kompetens och bemanning inklusive ledningsfunktioner ska beskrivas. Vårdplatser och övriga specificerade vårdlokaler ska definieras. Produktionsvolym och produktionsplaneringen ska anpassas så att avdelningen nyttjas optimalt.

Här bör även särskilda hänsyn tas till Kvinnoklinikens interna samverkan mellan gynekologi och obstetrik med gemensamma jourer. Samarbete med de båda klinikernas öppenvård ska beaktas liksom med samarbetskliniker, inkl diagnostik och operationsplanering.

1.1.1 Kommentar

Avgränsning för projektet har varit öppenvårdsverksamhet i form av avdelningsmottagning/cytostatikamottagning på avd 45 och de 6 sjukhusgemensamma platserna för 24-timmarsvård som idag finns på avd 61. Projektet har hela tiden tangerat men inte behandlat behovet av nya lokaler för gynekologisk mottagning.

1.2 Leveranser

1.2.1 Behov av vårdplatser

Faktaunderlag för vårdplatsberäkning som tagits fram via cognosrapporter (se bilaga 1) visar ett behov av 32 vårdplatser vardagar. Dessa kan fördelas som 28 fasta och 4 beläggningsbara platser. På helgen behövs 21 vårdplatser.

Detta inkluderar 2 platser för KK/ÖNH patienter i behov av kortare vårdtid och ingreppspecifik omvårdnad i samband med operationen. Dessa platser ersätter det som idag ingår i 24-timmarsvård från de egna klinikerna.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (8)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Plats för övernattande sömnregistrering inkluderas ej.

Möjligheten att vara dragspelsavdelning för andra kliniker försvinner.

Tillräckligt antal vårdplatser måste finnas för att kunna ta emot det akuta flödet på den egna avdelningen och undvika behov av att låneplats på annan avdelning. Tillsammans har avdelningarna idag 29 vårdplatser vardagar och 25 på helgen. På avd 45 finns vardagar 16 vårdplatser och helger 12 vårdplatser. Avdelning 61 har 13 vårdplatser hela veckan. Medelvårdtid på avd 45 är 2,8 dygn och på avd 61 3,4 dygn. Båda avdelningarna har ungefär lika stor andel planerad och akut/oplanerad vård, KK med övervikt av oplanerad vård.

Stor variation finns i beläggning på båda enheterna. Mätt under 6 månader var variationen för egna ÖNH- och gynpatienter mellan 16 och 37 (medelbeläggning 26) och på helgen mellan 5 och 28 patienter (medelbeläggning 18). Tidigare har båda avdelningarna genom att kombinera slutenvårdsplatser med avdelningsintegrerad öppenvård alternativt platser för 24 timmarsvård, haft möjlighet till variation i beläggningen. Man har även haft viss möjlighet att bereda låneplatser för andra kliniker. Som mest har man under samma tid vårdat 12 patienter från annan klinik. I genomsnitt har avd 61 haft 1,5 och avd 45 1,2 patienter från annan klinik.

Denna möjlighet kommer att reduceras väsentligt eller helt utebli när man koncentrerar slutenvårdsplatserna till en gemensam avdelning. Ett mål att sträva mot för den nya avdelningen måste vara att jämna ut flödet av patienter i planerad vård vilket förutsätter optimal operationsplanering.

1.2.2 Produktionsvolym

Strävan är bibehållen produktionsvolym avseende planerade operationer och att klara vårdgarantin för dessa patienter. Produktionen har redan anpassats till att en stor del av de operativa ingreppen utförs i öppenvård genom dagkirurgi och mottagningsoperationer.

Akuta patienter i behov av slutenvård ska kunna beredas plats och tas om hand på den egna avdelningen.

Sömnregistreringverksamheten kommer att minska då den i ökad utsträckning numera genomförs i hemmiljö. Patienter som idag vårdas inom 24-timmarskonceptet från KK, bör i stället betraktas som egna patienter med behov av kortare vårdtid i samband med operation och planeras tillsammans med övriga operationer.

Risken för strykningar av planerade operationer ökar i och med minskade möjligheter till flexibilitet i beläggningsbara platser vid stort inflöde av akuta patienter.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (9)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

1.2.3 Lokalbehov

En sammanslagen avdelning bör inte ha större enheter än tvåbäddrum med tillhörande toalett och dusch. Detta ger säkrare vård och större flexibilitet i beläggningen. Övergrepp/misshandel, aborter/missfall och sjuk nyförlöst mamma med barn innebär alltid behov av enkelrum för patienten. Bevarat genusperspektiv måste av respekt för kvinnans sjukdomar vara ett krav. På avdelningarna vårdas även svårt sjuka och infektionskänsliga patienter. Detta även för att kunna möta den förväntade ökningen av MRB-resistenta bakterier hos patienter.

Utrymmen som kök, förråd, samtalsrum, dagrum etc kan utnyttjas gemensamt. Det som måste vara särskilt utrustat för specialiteterna är behandlingsrum, minst ett vardera eftersom behoven av utrustning är helt särskilda.

Lokalerna ska vara utformade så att de kan möjliggöra att ta emot akuta patienter under jourtid på avdelningen.

Specifikation av lokalbehov (Se bilaga2)

1.2.4 Bemanning

Avdelningen måste bemannas utifrån att där ska vårdas patienter från två skilda specialiteter. Det måste alltid finnas tillgång till personal med särskild kompetens inom båda disciplinerna.

Avdelningen bör ha en gemensam avdelningschef.

Dessutom ska avdelningen ha tillgång till övrig personalresurs som sekreterare, logoped, sjukgymnast, kurator, dietist och arbetsterapeut.

Målet har varit att kunna fortsätta med tjänstgöring 2 helger av 5.

Detaljplanering och schemaläggning hänskjuts till ev genomförandeprojekt.

1.2.5 Riskanalys

Fortsatt stor variation i inflödet av akuta patienter är att förvänta och med färre beläggningsbara vårdplatser kommer dragspelsmöjligheten mot idag att krympa.

Patientsäkerhetsrisker kan uppstå vid:

Fullbelagt. Patient skrivs ut för tidigt med risk för komplikationer som kan leda till nya vårdkontakter. Elektiva operationer stryks. Längre väntetider till operation och därmed sjukskrivning leder till ekonomiska konsekvenser för patient och samhälle. Risk att patienter väljer ett annat sjukhus (vårdgaranti). Planerad patient kommer som akut istället och får inte samma specialiserade omhändertagande som var planerat.



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (10)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Låneplats måste nyttjas på annan klinik vid överbeläggning. Aktuell undersökningsutrustning saknas på annan avdelning. Kompetensbrist hos personal i omhändertagande av KK/ÖNH-patienter kan leda till att man upptäcker akuta situationer för sent och inte kan hantera dem. Sämre patientsäkerhet och otrygghet för patienten.

Kompetent personal slutar vilket leder till sämre patientsäkerhet.

Ökad smittrisk/infektionsrisk p g a stor enhet. Denna risk kan minskas genom enbart enkel- och dubbelrum med tillgång till egen toalett och dusch. Hygiaspekten och de uppdaterade hygienkraven måste tillgodoses i en ny enhet.

Brist på integritet det inte finns tillräckligt många enkelrum och med genusperspektiv på sal. Det är särskilt viktigt med integritet för vissa patientgrupper t.ex pågående missfall, aborter, cancerpatienter och patienter utsatta för övergrepp.

Arbetsmiljörisker

Kompetensförlust om personal slutar vid sammanslagning.

Kompetensbrist vid omhändertagande av patientgrupper man inte har utbildning för leder till otrygghet och känsla av otillräcklighet hos personalen.

Ändrade arbetsrutiner och lokaler kan leda till försämrade möjligheter till **utbildning/handledning** av kollegor.

Svårt att bedriva verksamheten om **lokaler** är otillräckliga och dåligt anpassade för verksamheterna.

Parallella verksamheter kan ge **störd arbetsmiljö** vid avsaknad av anpassade lokaler. Risk finns för långa avstånd mellan lokaler.

Två **kulturer** ska slås samman vilket kan leda till konflikter.

Organisationsfrågan oklar, två områden och kliniker måste samordnas.

Samarbetsmöjligheter minskar om **avdelningsintegration med mottagning** försvinner.

Ledning. En stor avdelning kan vara svår att styra och få att fungera.

Förändringar kan leda till oro och frustration. Risk att personal slutar och/eller ökad sjukfrånvaro. Risk finns för stressrelaterad ohälsa.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (11)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Låneplatser leder till stress och splittrat arbete för läkarna med sämre möjlighet att utföra sitt arbete. Avsaknad av undersökningsutrustning på andra avdelningar leder till att patienter behöver transporteras till KK/ÖNH-avdelning och tas om hand av vårdpersonalen där för att sedan återtransporteras.

Otillräcklig platssituation leder till frustration, oro och stress hos personalen som inte kan bibehålla tidigare vårdkvalitet för patienterna.

1.2.6 Organisation

Avdelningen bör ledas av en gemensam avdelningschef. Till sin hjälp kan avdelningschefen välja att ha en sektionsledare/ansvarig från vardera kliniken. Chefen kan ha sin tillhörighet i den ena klinikledningen och vid behov adjungeras även till den andra.

Ekonomiskt bör budget för drift och personal kopplas till ett ansvarsområde.

Översyn av organisationstillhörighet måste vara helt klarlagd och fastställd eftersom avdelningen kan omfatta två områden. Därefter måste den vara inlagd i KIV och RO före uppstart.

1.2.7 Kommentar

Den stora variationen och andelen oplanerad vård på båda enheterna gör det mycket svårt att komma fram till det antal vårdplatser som optimalt kan nyttjas.

Faktaunderlaget visar att om avdelningen under 6 månader under 2011 och 2012 varit sammanslagen till 31 vårdplatser hade låneplatsbehov på annan klinik uppstått vid 22 tillfällen/dagar. Om antalet vårdplatser varit 28 hade låneplatser behövts vid 38 tillfällen/dagar, och vid 26 vårdplatser vid 56 tillfällen/dagar.

Medelbeläggningen för en samlad avdelning var under samma tid vardagar 26 och helg 18. Som mest var det 37 patienter samma dag.

Beläggingsprocenten har under 6 månader skiftat mellan 85-100% och på båda avdelningarna inräknat även låneplatser. Av beläggningen har 75 - 95 % varit egna patienter.

Underlaget visar även en medelbeläggning mätt kl 07, 12 samt 16 , beräknat på 7 dygnsvård för avd 45 91% varav 82 % egna patienter. Motsvarande siffra för ÖNH är 93 % varav 78 % egna patienter.

1.3 Tidsplan

I VÖK finns en generell tidsplan med underlag till beslut klart före sommaren 2012.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (12)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

- Underlag för information i MBL klart 28 maj
- Information på MBL 30 maj
- Slutrapport inlämnad den 11 juni
- Styrelsens presidium 14 juni
- Beslut MBL 20 juni
- Beslut i styrelsen 29 juni
- Formell konsolidering i budget sker den 15 september 2012 oavsett driftstartsdatum.
- Start av ev genomförandeprojekt efter att beslut har tagits.
- Planering av lokaler
- Organisation för den nya avdelningen till KIV och RO
- Iordningställande av lokaler
- Definiera eventuell övertalighet
- Bemanning och schemaläggning
- Genomgång av avdelningsrutiner
- Introduktion
- Uppstart av gemensam avd 45-61. Intentionen är att starta så snart erforderliga förutsättningar är uppnådda.

1.3.1 **Kommentar**

Uppstartsdatum för den nya avdelningen är helt beroende av att lokalfrågan är löst. Personalplanering och schema inklusive ev övertalighet måste också vara helt klar. Det samarbete som påbörjats mellan klinikerna under projektet har varit positivt och skapat en bra plattform som bör vara gynnsam för att bygga vidare på vid en framtida sammanslagning. Fortsatt planering och arbete med gemensamma arbetsrutiner ger möjlighet till kompetensutbyte och måste leda till en ökad förståelse för varandras kunskap och specialitet.

1.4 **Budget**

Preliminär beräkning för kostnaden att bemanna avdelningen har gjorts.

1.4.1 **Avvikelse**

Effektiviseringen av personalbudget blir ca 4 - 5 mkr.

1.4.2 **Kommentar**

Samordningsvinster har inte beräknats men bör komma genom t ex gemensamt avdelningskök och förråd.

Kostnader för ombyggnad och lokalanpassning tillkommer.

Ny utrustning kan behöva anskaffas om den befintliga inte går att flytta.

Uppläring för att få kännedom om den andra klinikens arbete och introduktion av personal.



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (13)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

2 Genomförande

2.1 Organisation

Inom Vårdöverenskommelsen för 2012 ingår åtta specificerade uppdrag från sjukhusdirektören till områdeschefer. Syftet med uppdragen är att belysa hur beskrivna förändringar kan genomföras och deras ekonomiska effekt.

Styrgruppen för projektet har bestått av Per Lundgren, Bengt Ekelund Ann Wennberg, Bengt Alsén, Åsa Lenberg och Ingrid Almskog. Här har även projektledarna ingått samt områdessekreterare Sally Börjesson.

Under hela projektet har en projektgrupp med bred förankring i verksamheten aktivt diskuterat och lagt fram förslag till styrgruppen i alla frågor som ingått. Gruppen har haft företrädare från båda klinikernas samtliga yrkeskategorier och fackliga företrädare har ingått. Gruppen har samlats regelbundet en gång per vecka.

Projektgruppen har haft följande medlemmar.

Marlene Bjärkstrand Ssk, ÖNH, Vårdförb Eva Blank Läk KK, Thord Ekström Läk ÖNH, Malin Enström Usk ÖNH SKAF, Rigmor Hallqvist Usk KK, Carin Hjelte Sektionsled KK, Elisabeth Johansson Tf Avd chef 61, Ann-Catrin Jonasson Sekr ÖNH, Elisabeth Karlsson Ssk KK, Marlén Sjöblom Läk KK Läkarförb, Ulrika Stridh Sekr KK.

Projektledare för projektet har varit Marie Brokopp och biträdande projektledare Eva-Lisa Fröjd-Karlsson.

Resurspersoner som ormrådescontroller Ann-Britt Jangeberg, ekonom Marie Karvonen, HRpartner Liselotte Carlström och Elisabeth Gebring från vårdhygien samt Jenny Rössberg från verksamhetsstöd har varit inkopplade i projektet.

Projektledarna har sammanfattat och förmedlat information och uppgifter mellan berednings/styrgrupp 4 och projektgrupp, samt informerat i områdesledning och deltagit i rapporteringsmöten med projektcontroller.

Projektgruppens medlemmar har informerat och hämtat synpunkter från kollegor på sina arbetsplatser.

Verksamhetscheferna har haft ansvar för att information gått fram i linjen.



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (14)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

2.2 Metoder och verktyg

Projektet har arbetat enligt metoder och verktyg som kan anses relevanta vid förändringsarbete. Dessa har situationsanpassats utifrån aktuella behov.

Modifierad riskanalys inför planerad organisationsförändring har genomförts enligt AML och utifrån patientsäkerhet har tagits fram av projektgruppen. Resultatet är presenterat för berednings/styrgruppen.

Stor vikt har lagts vid information till personalen på båda klinikerna och att den skett samtidigt. En kommunikationsplan finns framtagen för projektet. se bilaga 3.

Utgångspunkt i arbetet är befintlig verksamhet och produktionsdata som tagits fram ur cognosrapporter och sammanställts.

2.3 Rutiner

2.3.1 Dokumentstyrning

Minnesanteckningar har förts vid projekt- och styrgruppsmöten. Minnesanteckningar från projektgruppen har varit tillgängliga på de aktuella avdelningarna.

2.3.2 Rapportering

Projektledarna har avrapporterat projektgruppens arbete till styrgruppen. Staturrapporter har lämnats till projektcontroller för vidare rapportering till sjukhusledning. Projektgruppens deltagare har haft fortlöpande dialog med arbetskamrater på sina kliniker. Projektet har varit uppe som stående punkt på klinikledningar och samverkan och APT. Verksamhetscheferna har varit tillgängliga för frågor på respektive avdelning.

2.3.3 Riskhantering

Riskanalys för patienternas säkerhet och personalens arbetsmiljö har genomförts utifrån en modifierad modell av NU-sjukvårdens vedertagna. Detta beroende av att det saknas anvisade lokaler och att patientantalet som analysen utgår från inte är fastställt.

2.3.4 Möten

Informationsmöten hölls om projektet på båda klinikerna i form av stormöten inför uppstart samt i juni för att presentera vad som framkommit under arbetet. Verksamhetscheferna har regelbundet informerat på berörda avdelningar.

Projektgruppen har träffats ca en gång per vecka och berednings/styrgrupp 4 var annan vecka.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (15)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

3 Slutleverans

3.1 Förberedelser

Projektet har förankrats enligt uppgjord kommunikationsplan. Se bilaga.

3.2 Överlämning

Enligt plan

3.3 Förvaltning

Uppgifter som tagits fram i projektet har presenterats för berednings/styrgrupp 4 och sjukhusledning inför beslut om ev genomförandeprojekt.

Presentationsmaterial har tagits fram till MBL och till informationsmöten för klinikernas personal samt till Nu-sjukvårdens styrelses presidium.

Lägesrapporter har skickats till projektcontroller Annika Ringholm.

Efter beslut övertas förvaltningen av projektet av område Barn och kvinnosjukvård och Opererande specialiteter.

Slutrapport med bilagor har levererats.

3.4 Arkivering

Projektdokumentationen finns hos projektledaren och har även levererats till projektgrupp och styrgrupp.

Slutrapport skickas till sjukhuskansliet och förväntas dokumenteras enl rutin.

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|--------|
| | 2.00 | Utkast/Utgåva | (16)18 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

4 Erfarenheter från projektet

4.1 Synpunkter och observationer

Uppdrag 4 har haft en bred förankring i personalgrupperna genom yrkesrepresentanter i arbetsgruppen. Detta har lett till en ökad förståelse mellan specialiteterna med engagemang och delaktighet som följd.

Ovan nämnda arbetsgrupp har aktivt deltagit i framtagande av faktaunderlag som kontinuerligt presenterats för och förankrats i berednings-/styrgrupp 4.

4.2 Förslag till förbättringar

Klinikernas intention är att i framtiden även ta hand om egna AVC patienter direkt på avdelningen under jourtid. Ett förslag kan vara att patienten registreras och triageras på AVC för att sedan handläggas på avdelningen.

Specialiteternas kontinuerliga arbete med att förbättra operations- och behandlingsmetoder för patientens bästa bör förhoppningsvis också kunna minska medelvårdtiden.

4.3 Kommentarer från projektet

Då vårdplats- och lokalbehov kan tillgodoses finns möjlighet att skapa en plattform för framtida utveckling och samarbete mellan klinikerna för att på bästa möjliga sätt tillgodose god och säker vård.

Ärende 8

Ärende 8

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-18
Diarienummer NU 96/2012

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Anne Elfving
Telefon 0520-47 83 12
E-post anne.elfving@vgregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Flytt av akut ortopedi till NÄL och inriktning för organiserande av den planerade operationsverksamheten

Ärendet

Inom Vårdöverenskommelsen för 2012 ingår åtta specificerade uppdrag från sjukhusdirektören till områdeschefer. Syftet med uppdragen är att belysa hur beskrivna förändringar kan genomföras och deras ekonomiska effekt. Ett av uppdragen flytt av akut ortopedi från Uddevalla sjukhus till NÄL. Ett omfattande utredningsarbete har därefter ägt rum inför kommande inriktningsbeslut i styrelsen.

Inför beslut om fortsatta strukturella förändringar behövs ett underlag som mynnar ut i en översiktlig plan för det fortsatta arbetet. Sjukhusdirektörens uppdrag omfattar även att ange åtgärder för hur all operativ verksamhet kan bedrivas inom NU-sjukvården.

Uppdraget om flytt av akut ortopedi till NÄL omfattar akutmottagning, operationskapacitet NÄL och vårdplatser för akut ortopedi.

Uppdraget om organiserande av den planerade operationsverksamheten omfattar överförande av operativ verksamhet från lokalsjukhusen till Uddevalla sjukhus, planerade ortopedi inklusive köpt vård Uddevalla sjukhus och överförande av elektiv vård från NÄL till Uddevalla sjukhus. Till detta ska område diagnostiks verksamheter anpassas i enlighet med dessa uppdrag.

Styrelsen beslutade 25 maj 2012 att föra över operativ verksamhet från lokalsjukhusen till Uddevalla sjukhus och NÄL.

Beredning

Rapporten har tagits fram inom opererande specialiteter. Ärendet ska MBL-förhandlas 20 juni 2012.

Förslag till beslut

Den akuta ortopedin flyttas från Uddevalla sjukhus till NÄL senast 1 november 2013.

Datum 2012-06-18

Diarienummer NU 96/2012

Sjukhusdirektören får i uppdrag att formulera nya uppdrag för det fortsatta arbetet med att genomföra flytten av den akuta ortopedin till NÄL och organiserandet av den planerade operationsverksamheten.

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Bengt Ekelund
Områdeschef opererande specialiteter

Bilaga

Slutrapport uppdrag 1-2 - Flytt av akutortopedi och organiserandet av den planerade operationsverksamheten



| | | | |
|----------------------|-----------------|----------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 1.0 | Utkast/Utgåva | (1)6 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Projektdokument | Uppdrag enl VÖK | 1, 2, del av 3 | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| Slutrapport | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Conny Andersson | 120514 | Bengt Ekelund | |

Slutrapport

Uppdragen 1, 2 samt del av 3

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (2)6 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning / syfte

0 Bakgrund

NU-sjukvårdens styrelse och hälso-och sjukvårdsnämnderna gjorde i december 2011 i Vårdöverenskommelsen 2012 en överenskommelse om bland annat flytt av akut ortopedi från Uddevalla sjukhus till NÄL och avslutande av operativ verksamhet på lokalsjukhusen. Detta medförde ett omfattande utredningsarbete i NU-sjukvården inför kommande inriktningsbeslut i styrelsen.

Inför detta beslut om fortsatta strukturella förändringar behövs ett underlag som mynnar ut i en översiktlig plan för det fortsatta arbetet. Sjukhusdirektörens uppdrag omfattade även att ange åtgärder för hur all operativ verksamhet kan bedrivas inom NU-sjukvården.

0.1 Uppdragstagare

Bengt Ekelund, områdeschef opererande specialiteter och AnOpIVA



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (3)6 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

1 Uppdrag 1 omfattar

- Flytta akut ortopedi till NÄL
- En akutmottagning i NU-sjukvården
- Operationskapacitet NÄL
- Vårdplatser för akut ortopedi

Diskussion

Optimalt operationsutrymme för inneliggande och dagbaserad elektiv operativ vård skapas. Möjligheter för ostörd planerad ortopedisk och annan vård erhålls.

På NÄL är en del områden med behov av lokaler/ytor/flödesoptimering såsom akutmottagning, operation och radiologi definierade.

- Akutmottagningen. Ökade ytor med inbördes struktur efterfrågas. Närmare analys av detta i kommande programarbete. (Bilaga: Uppdrag 1a)
- Operationsavdelning. Om- och tillbyggnader. Operationssalar med modern ventilation krävs för akutortopedin, utbyggnad för sterilcentral, förråd m m.
- Radiologi. Uttalade behov från ortoped-, kirurg- och medicinklinikerna om nära samband med akutmottagningen. Detta kan tillgodoses om radiologenheten byggs ut, helst så att akutmottagningen och röntgen ligger "vägg i vägg" till exempel med byggnation över mellanliggande ljusgård
- Vårdavdelningar. Sannolikt enbart mindre justeringar.



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (4)6 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

2 Uppdrag 2 omfattar

- Överföra operativ verksamhet från lokalsjukhusen till Uddevalla sjukhus
- Planerad ortopedi inklusive köpt vård, Uddevalla sjukhus
- Överföra elektiv vård från NÄL till Uddevalla sjukhus

Diskussion

Syftet med överföring av den operativa verksamheten från lokalsjukhusen till Uddevalla sjukhus är att NU-sjukvården ska kunna effektivisera sin verksamhet med bibehållen kvalitet och tillgänglighet. Stängning av operationsverksamheten planeras till den 30 juni för Strömstads sjukhus och den 31 augusti för Dalsland sjukhus. Ett identifierat problem är bristen på kompetens, framför allt operationssjuksköterskor. Beräknad volym för överföring är cirka 1 400 ingrepp fördelat på dagkirurgi och mottagningsoperationer. (Bilaga: Uppdrag 2a)

Vid analys av föreliggande produktion med relativt givna operationsresurser, vårdplatser m m framkommer att den planerade verksamheten i hög grad trängs ut av akuta insatser. Detta medför att planerade operationer stryks och att konflikten mellan dessa flöden också innebär att akutoperationer förskjuts i tiden. Detta faktum och att verksamheten i övrigt inte är optimalt organiserad, bidrar till ökade kostnader för köpt vård, bemanningsföretag m m.

Med modern produktionsplanering och kortare vårdtider, framför allt med målet 3 dagars vårdtid för okomplicerade ledplastiker, och med i övrigt givna resurser torde vårdgaranti väl klaras till kraftigt reducerade kostnader och i egen regi. Behovet av köp av valfrihetsvård kan antas minska om väntetiderna minskar.

Efter genomgång av de elektiva flödena för ineliggande patienter framkommer att antalet vårdplatser för slutenvård, som är möjliga att minska på NÄL är så få att vinsterna med att förlägga dessa till Uddevalla sjukhus understiger nackdelarna. Vårdplatser i tillräcklig mängd säkras genom sammanslagning av KK/ÖNH avd 45/61, vilket friställer en vårdavdelning. Annan elektiv vård som kan flyttas för att bereda plats, är flytt av avdelning för utskrivningsklara patienter och hotellplatser till Uddevalla sjukhus. Därmed skapas ytterligare en avdelning för akut ortopedi. Om dessa inte beräknas räcka kan nivåstrukturering av GOA diskuteras. Detta kan också bli fallet vid annat behov såsom platser för utskrivningsklara patienter på NÄL. (Bilaga: Uppdrag 2c)

Tre olika patientvolymmer för operation kan bli aktuella för Uddevalla sjukhus: Patienter från lokalsjukhusen, från NÄL och från gruppen köpt vård.



| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (5)6 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

3 Uppdrag 3 omfattar

- Anpassa område diagnostiks verksamheter i enlighet med uppdrag 1 och 2

Se uppdrag 1 samt uppdragsredovisning från grupp3.

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (6)6 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Sammanfattning och rekommendation

I de ovan redovisade tre uppdragen har ett betydande arbete utförts. Detta har skett i form av möten och diskussioner i arbetsgrupper, omfattande statistikframtagande samt ett flertal intervjuer med olika personer. Bland de intervjuade märks samtliga aktuella verksamhetschefer, sektionsansvariga läkare m fl.

Intrycket är att man ser fram emot att färdigställa NU-sjukvårdens strukturella omvandling.

Arbetena i uppdragen visar att flytt av den akuta ortopedin är väl genomförbar. Den kräver lokalanpassning av akutmottagningen, radiologienheten, operation och vårdavdelningar. Dessutom kan kompetensförstärkningar behövas framför allt på NÄL men sannolikt även på Uddevalla sjukhus. Dessa bör klaras inom befintlig resurs, dock är dagens brist och rekryteringssvårigheter av operationssjuksköterskor ett observandum. Utökad uppdragsutbildning vid Högskolan Väst kan vara ett alternativ.

Enligt planen i vårdöverenskommelsen ska strukturförändringen vara klar kvartal fyra 2013. Detta innebär en snäv tidsram för det detaljarbete med program för byggnationer, analyser av kringresurser för operation vid Uddevalla sjukhus, djupare analys av elektiva flöden till Uddevalla sjukhus m m.

Därför bör nya uppdrag definieras omgående och organisation för dessa bildas. Arbetet bör bedrivas tvärprofessionellt. Linjeledningen bör vara ansvarig. Detta innebär att verksamhetschef är projektansvarig. Process-/projektresurser ställs till chefens förfogande.

Under arbetet har dessutom framkommit att till operation NÄL angränsande ytor för endoskopiverksamheten bör moderniseras/utökas.

Särskilt måste medarbetar- och patientperspektiven belysas. Konsekvensanalyser enligt arbetsmiljölagen och riskanalyser ur patientsäkerhetsperspektiv är essentiella. Dessa arbeten bör inledas samtidigt med arbetena i de tvärprofessionella arbetsgrupperna och arbeta i sammanhang med dessa.

Förslag

- att NU-sjukvårdens styrelse beslutar att flytta den akuta ortopedin till NÄL enligt vårdöverenskommelsen
- att nya uppdrag formuleras
- att stödjande organisation för arbetet definieras
- att patientsäkerhets- och medarbetarperspektiven tidigt beaktas i arbetet

| | | | |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 1.00 | Utkast/Utgåva | (1)21 |
| Dokumenttyp: | Projekt: | Projektnr: | |
| Projektdokument | <i>Flytt av Akutortopedi</i> | <i>1a (överlämnandedelen)</i> | |
| Dokumentbeskrivning: | | | |
| <i>Slutrapport</i> | | | |
| Utfärdat av: | Utf datum: | Godkänt av : | Godk datum: |
| Anna Hultén | 120514 | <i>Områdeschef Bengt Ekelund</i> | |

Slutrapport

1a (överlämnandedelen):

Överlämna akut ortopedi till Akutmottagningen

| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (2)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning / syfte

Sammanfattning

I Vårdöverenskommelsen för 2012 anges inriktningen avseende närsjukvård och den samverkande sjukvården, samt utförandet och organiserandet av operationer. För att kunna möta vårdbehov och samtidigt effektivisera verksamheten vid NU-sjukvården finns det behov av att både decentralisera vård så den kommer närmare patienten och centralisera vård för att kunna arbeta kostnadseffektivt och med hög kompetens, speciellt då det gäller tillstånd av akut natur och för vård som endast sker vid ett eller vid enstaka tillfällen.

I Vårdöverenskommelsen för 2012 är parterna Hälso- och sjukvårdsnämnden och NU-sjukvårdens styrelse överens om följande förändring för NU-sjukvården: Överföra den akuta ortopediverksamheten till Näl samt samla den planerade operativa verksamheten till Uddevalla sjukhus för att genomföra förändringen under 2013.

Syftet med att överföra den akuta ortopediverksamheten till Näl är att minska störningar i det elektiva flödet samt optimera och förbättra det akuta ortopediska flödet. Syftet är också att effektivisera verksamheten genom effektivare jourorganisation på ortopedien samt förbättra arbetsmiljön inom de förutsättningar som den ekonomiska ramen medger.

- *Delprojektets leverans*
 - en beskrivning av volymer samt grupper av patienter som kommer att hanteras på Näl när den akuta ortopediverksamheten flyttar
 - en inventering och beskrivning av nuvarande funktioner som behövs för handläggning av akutortopedipatienter samt behov av framtida resurs/ funktioner
 - ett underlag för vidare arbete i Akutvårdskedjan (uppdrag 1a- mottagandedelen)

Slutsats/ Kommentar:

För ett lyckat vidare arbete i Akutvårdskedjan och i genomförandet av att inkorporera akutortopedin på Akutmottagningen Näl, anser delprojektet att hänsyn bör tas till medarbetarnas uttalade behov av funktion, resurs och kompetens.

Medarbetare på Ortoped- och Ögonakutmottagningen har sett följande delar som kritiska och som bör förankras i övriga delprojekt/ hos övriga intressenter innan akutortopedin överförs till Näl:

- Lokaler/ dimensionering av den nya akutmottagningen
- Vårdplatser
- Kompetens vårdpersonal/ Utbildning
- Arbetssätt på Akutmottagningen
- Flöde på avdelningarna
- Flöde inom diagnostiken



| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (3)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Innehållsförteckning

| | | |
|-------|--|----|
| 0.1 | Syftet med dokumentet | 4 |
| 1 | UTFALL | 5 |
| 1.1 | Måluppfyllelse..... | 5 |
| 1.2 | Leveranser | 5 |
| 1.3 | Tidsplan..... | 5 |
| 1.4 | Budget..... | 5 |
| 2 | GENOMFÖRANDE | 6 |
| 2.1 | Organisation | 6 |
| 2.2 | Metoder och verktyg | 7 |
| 2.3 | Rutiner | 8 |
| 2.3.1 | Möten | 8 |
| 3 | SLUTLEVERANS | 9 |
| 3.1 | Överlämning | 9 |
| 3.2 | Förvaltning..... | 9 |
| 3.3 | Arkivering | 9 |
| 4 | ERFARENHETER FRÅN PROJEKTET | 10 |
| 4.1 | Kommentarer från projektet..... | 10 |
| | BILAGOR | 11 |



| Dokument nr.: | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (4)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

0.1 Syftet med dokumentet

Syftet med slutrapporten är dels att sammanfatta projektets resultat och genomförande, dels att ta tillvara gjorda erfarenheter och föreslå förbättrande åtgärder.

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (5)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

1 Utfall

1.1 Måluppfyllelse

Delprojektet har levererat enligt nedan

1.2 Leveranser

- en beskrivning av volymer samt grupper av patienter som kommer att hanteras på Näl när den akuta ortopediverksamheten flyttar
- en inventering och beskrivning av nuvarande funktioner som behövs för handläggning av akutortopedipatienter samt behov av framtida resurs/funktioner
- ett underlag för vidare arbete i Akutvårdskedjan

1.3 Tidsplan

Delprojektet har följt tidplanen

1.4 Budget

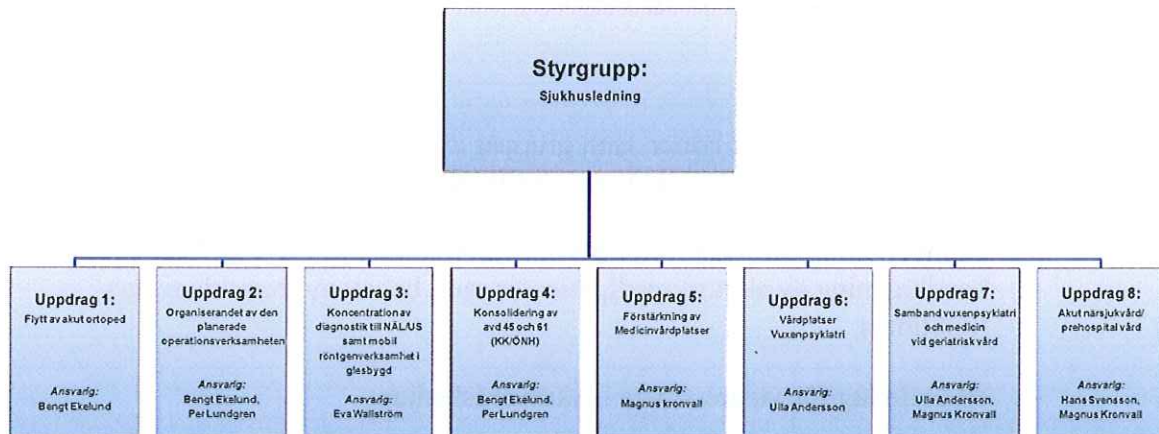
För delprojektet fanns ingen angiven budget

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

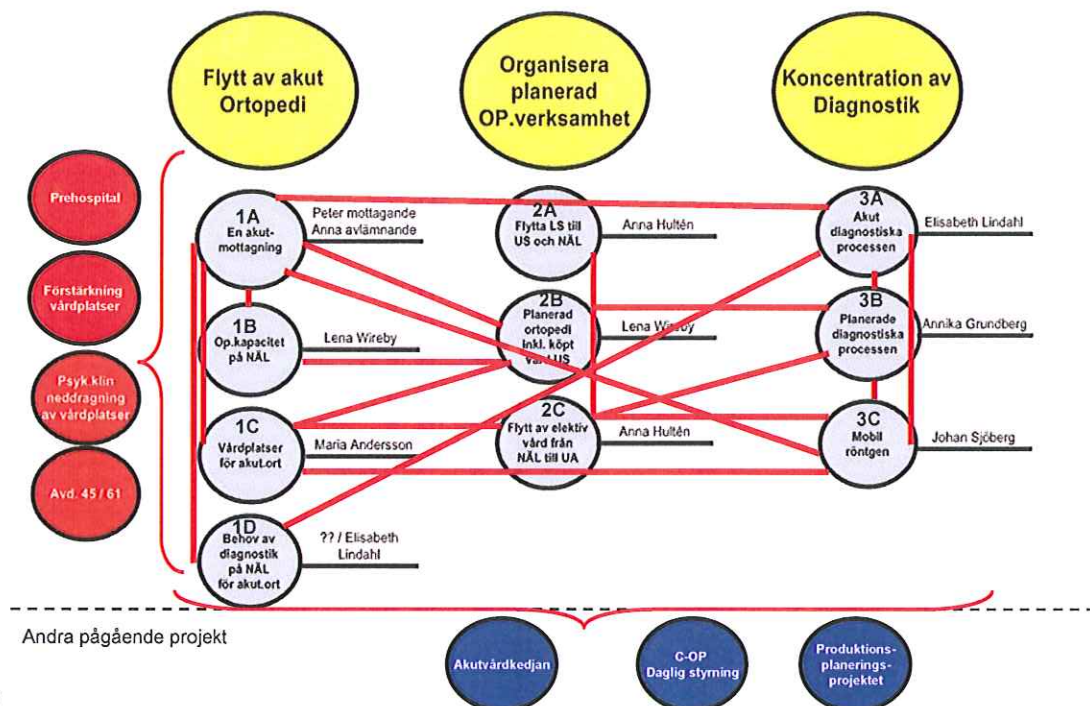
2 Genomförande

2.1 Organisation



Figur1

Sjukhusledningen har varit styrgrupp för de av sjukhusdirektören åtta givna uppgifterna. Avrapportering av projektens status har skett var 14:e dag på sjukhusledning av projektcontroller Annika Ringholm.



Figur2

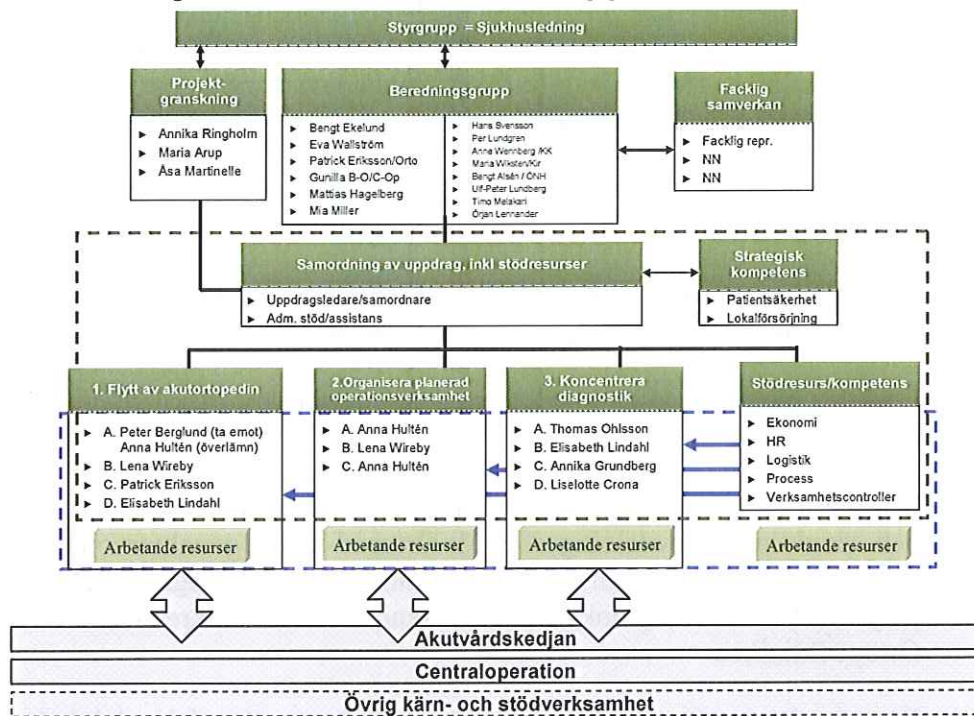
| | | | |
|---------------|----------|---------------|-------|
| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (7)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

Efter att ansvarig/ ansvariga för respektive projekt identifierat projektstöd för respektive projekt, träffades projektledare för projekt 1,2 och delar av 3 i en workshop. Arbetet resulterade i en sambandskarta/analys över projekten (figur 2) samt en plan och struktur för hur arbetet bäst skulle kunna drivas vidare (figur 3).

Arbetsorganisation förstudie VÖK-uppdrag 1-2, delar av 3



Figur3

2.2 Metoder och verktyg

Delprojektet har drivits, så långt det har varit möjligt, enligt DMAIC-metoden.

Intervjuer har genomförts enligt framtagen mall med medarbetare på de olika akutmottagningarna och med läkare på Ortopedkliniken. Materialet har sammanställts av respektive delprojektledare/ intervjuare (se nedan).

Avstämning av projektstatus har givits till, för projekten utsedd, controller som i sin tur rapporterat till sjukhusledning/ styrgrupp.

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (8)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

2.3 Rutiner

2.3.1 Möten

Ett informations- och uppstartsmöte genomfört på Akutmottagningen av verksamhetschef för Ortopedkliniken samt avdelningschef för Ortoped- och Ögonakutmottagningen.

Ett planeringsmöte har genomförts med verksamhetschefer för Ortopedkliniken och Akutkliniken, avdelningschef för Ortoped- och Ögonakutmottagningen, delprojektledare för uppdrag 1a (överlämnande *och* mottagandedelen) samt projektledare från Regionkansliet.

Enskilda intervjuer med medarbetare på Ortoped- och Ögonakutmottagningen genomförda av delprojektledare för uppdrag 1a- överlämnandedelen

Enskilda intervjuer med medarbetare på Akutmottagningen Näl genomförda av delprojektledare för uppdrag 1a- mottagandedelen

Enskilda intervjuer av ortopedläkare genomförda av projektledare från Regionkansliet

Uppföljningsmöte har genomförts med verksamhetschefer för Ortopedkliniken och Akutkliniken, avdelningschef för Ortoped- och Ögonakutmottagningen, delprojektledare för uppdrag 1a (överlämnande *och* mottagandedelen), projektledare från Regionkansliet samt enhetschef för sekreterare Ortopedkliniken.

Ett möte för överlämnande av insamlat underlag mellan delprojektledarna i uppdrag 1a

| Dokument nr : | Version: | Status: | Sida: |
|---------------|----------|---------------|-------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (9)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

3 Slutleverans

3.1 Överlämning

Överlämning av volymer och resultat av intervjuer har givits av delprojektledaren för delprojekt 1a (överlämnandedelen) till delprojektledare 1a (mottagardelen).

3.2 Förvaltning

Sjukhusledningen ansvarar för förvaltningen av projektets leverans. Dokumentation har levererats i form av statusrapporter och slutrapport.

Delprojektet har varit en del av ett större uppdrag. Plan för fortsatt arbete i genomförandeprojektet utformas efter styrelsebeslut.

3.3 Arkivering

Projektdokumentationen är lagrad hos delprojektledaren som ansvarar för denna. Slutrapporten arkiveras av förvaltningen.

| Dokument nr: | Version: | Status: | Sida: |
|--------------|----------|---------------|--------|
| | 0.00 | Utkast/Utgåva | (10)21 |

Dokumentbeskrivning:

Tydligare beskrivning av dokumentets inriktning/syfte

4 Erfarenheter från projektet

4.1 Kommentarer från projektet

För ett lyckat vidare arbete i Akutvårdskedjan och i genomförandet av att inkorporera akutortopedin på Akutmottagningen Näl, anser delprojektet att hänsyn bör tas till medarbetarnas uttalade behov av funktioner, resurser och kompetens.

Medarbetare på Ortoped- och Ögonakutmottagningen har sett följande delar som kritiska och som bör förankras i övriga delprojekt/ hos övriga intressenter innan akutortopedin överförs till Näl:

- Lokaler/ dimensionering av den nya akutmottagningen
- Vårdplatser
- Kompetens vårdpersonal/ Utbildning
- Arbetssätt på Akutmottagningen
- Flöde på avdelningarna
- Flöde inom diagnostiken

Ärende 9

Ärende 9

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-19

Diarienummer NU

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Henrik Hultkvist

Styrelsen för NU-sjukvården

Investering i PCI-lab inklusive ombyggnad av lokaler

Ärendet

Röntgen på NÄL har behov av att byta ut sitt PCI-lab och att i samband med detta göra viss ombyggnation av lokaler.

Beredning

PCI-labbet på NÄL används till PCI och coronarangiografier. Undersökningarna är av både planerad och akut karaktär, bland annat behandlas alla akuta hjärtinfarkter på detta lab.

Nuvarande utrustning köptes in år 2001 och det har blivit allt mer vanligt med driftsstörningar. För att förhindra haveri framöver är det viktigt att utrustningen byts ut.

Utbyte av utrustningen föranleder också vissa behov av ombyggnad av lokalerna. Bland annat behöver lokalerna uppdateras till dagens digitala verksamhet, en vägg flyttas och ventilationen förbättras.

Förslag till beslut

Styrelsen godkänner utbyte av PCI-lab samt nödvändig av ombyggnad av de lokaler som hör till detta utbyte.

Medel tas ur NU-sjukvårdens anslag för investeringar.

NU-sjukvården

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Eva Wallström
Områdeschef diagnostik

Ärende 10

Ärende 10

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-20
Diarienummer NU

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Sven Florström
Telefon 0520-47 83 91
E-post sven.florstrom@vgregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Ekonomiskt åtgärdsprogram för NU-sjukvården avseende 2012

Bakgrund

NU-sjukvården har sedan 2007 haft negativa ekonomiska resultat. År 2006 infördes en ny resursfördelningsmodell som innebar att NU-Sjukvården fick minskat ersättningsutrymme från beställarna motsvarande totalt 140 mnkr, med en successiv nedtrappning av ersättningen. Full effekt av det minskade ersättningsutrymmet uppnåddes 2010.

Under de senaste åren har regionala effektiviseringskrav tillkommit med mellan 0,7 och 1 procent.

NU-sjukvårdens interna budget för 2012 är underbalanserad med -80 mnkr, dvs om alla verksamheter håller sin kostnadsbudget blir NU-sjukvårdens resultat -80 mnkr.

Åtgärder för 2012

NU-sjukvårdens åtgärdsprogram är strukturerat under sju rubriker:

- 1) Effektivare ledning och administration
- 2) Minska vårdplatser
- 3) Andra strukturella förändringar
- 4) Effektivare processer
- 5) Minska bemanningsföretag
- 6) Minska läkemedelskostnader
- 7) Minska omkostnader

I bilaga 1 (excellen) som innehåller åtgärdsprogrammet, beskrivs i flik:

- 1) Principer och instruktioner för hur åtgärdsprogrammet ska läsas
- 2) Sammanställning över alla åtgärder
- 3-9) Åtgärderna nedbrutna per område

I bilaga 2 beskrivs hur NU-sjukvården arbetar med verksamhetsutvecklande arbeten syftande till ökad kapacitet eller minskade kostnader vilka antingen sker som integrerade moment i de strukturella förändringarna eller som fristående projekt i befintlig verksamhet.

Datum 2012-06-20

Totalt beräknas åtgärderna sänka kostnadsnivån med ca 80 mnkr, jämfört med kostnadsnivån april 2012, vilket motsvarar delårseffekten för 2012. Helårseffekten för 2013 bedöms vara 103 mnkr.

Åtgärderna är ännu inte tillräckliga för att nå regionfullmäktiges beslut att nå ett helårsresultat 2012 på -100 mnkr. Därför arbetar NU-sjukvården vidare med ytterligare åtgärder avseende:

- läkemedel (bl a gå från 3-månads till 1-månads APO-dos)
- kompetensförsörjning (bl a minskad "bredvidgång" vid upplärning av nya)
- kompetenssammansättning på vårdavdelningar/enheter

De största riskerna för att åtgärdsprogrammet inte har fullt avsedd effekt 2012 är förmågan att hålla tempot avseende i första hand de strukturella förändringarna och åtgärderna, samt att det stora behovet av internmedicin fortsätter. Åtgärder relaterade till internmedicin utgör en väsentlig del av de totala planerade åtgärderna.

Lars Helldin
Sjukhusdirektör

Bilaga 1 – excelfil som beskriver åtgärdsprogrammet

Bilaga 2 – sammanfattning verksamhetsutvecklande arbeten

Sammanfattning av verksamhetsutvecklande arbeten syftande till ökad kapacitet eller minskade kostnader vilka antingen sker som integrerade moment i de strukturella förändringarna eller som fristående projekt i befintlig verksamhet

Sjukhusövergripande processutveckling

NU-sjukvården har tre beslutade medicinska huvudprocesser som är verksamhetsövergripande och berör stora patientgrupper. *Bröstprocessen* syftande till diagnostisering och snabb behandling av patienter med bröstcancer är etablerad. *Strokeprocessen* för patienter med infarkt eller blodpropp i hjärnan syftande till direktinläggning och trombolys vid blodpropp pågår liksom arbetet med att korta vårdtiderna. *Prostataprocessen* är i ett inledande skede med avsikt att förbättra diagnostik och snabb behandling av patienter med prostatacancer. En fjärde sjukhusövergripande process för att *tidigt upptäcka blodförgiftning (sepsis)* med tillhörande effektiv behandling utgår från Infektionskliniken.

Samverkande sjukvård tillsammans med kommuner och primärvård berör vår ambulans- och akutverksamhet, projektet Aktiv hälsostyrning, de Medicinska Äldrevårdsavdelningar (MÄVA) och den palliativa verksamheten. Målet är att tillsammans med övriga vårdgivare i samtliga kommuner inom Fyrbodalsregionen skapa en ny praktisk vårdssamverkan som även innehåller akutsjukvård som tidigare enbart givits på sjukhus. Den nya verksamheten syftar till att möta fler äldre med ökande sjuklighet genom att ge vården på lägsta effektiva vårdnivå med vidmakthållen medicinsk säkerhet. Färre patienter skall framgent behöva besöka sjukhusets akutmottagning, vårdas inneliggande och stanna kvar på sjukhuset då inte längre det föreligger behov av slutna specialistsjukvård.

Fler antal direktinläggningar (fast-track)

Antalet direktinläggningar skall öka till MÄVA och vid misstanke om stroke till strokeavdelning. Vid misstänkt lårbenshalsfraktur skall patienten kunna föras direkt till diagnostik och därefter till avdelning om positivt undersökningsresultat föreligger. Verksamheten vid MÄVA är etablerad och omfattar idag cirka 50% av alla inläggningar och stroke har återöppnats efter en tids stängning. I båda fallen är avsikten att ytterligare öka båda verksamheternas omfattning. Den ortopediska verksamheten inarbetas i bedömningen av antalet patienter som behöver uppsöka akuten och dimensioneringen av vårdplatser för den framtida akuta ortopedin då snabbare tid fram till diagnos och operation förkortar eftervårdstiden.

Metodstöd till avdelningar och mottagningar

Flera parallella arbeten pågår inom dessa områden. *Tid NU*, är ett tidbokningssystem där patienten bokar tid istället för att ges en. Därmed minskar antalet ombokningar och sent inställda besök vilket leder till minskat behov av administrativt stöd och besökstider. Metoden genomförs successivt för hela NU-sjukvården. *Talstyrd diktering* där diktatet leder till automatisk utskrift minskar behovet sekreterartid. Arbetet är under utveckling inom radiologi med avsikt att generaliseras. *Automatiserad läkemedelsdelning* är under framtagande för att

minska tiden för manuell läkemedelsdelning på avdelningarna. Arbetet är i en inledningsfas och planeras att breddinföras. Projekt tillsammans med kommunerna om *videoteknikbaserade vårdplaneringar* pågår och minskar tidsåtgången för planeringen, möjliggör tidigare planering och hemgång för patienten. Ett projekt pågår syftande till *sortimentsstyrning* så att kostnaderna materiel och lagerhållning minskar.

Område Diagnostik

Nytt arbetssätt för verksamheten genom sammanslagning av bakjours-verksamheterna på NÄL och Uddevalla sjukhus till en jourlinje och distansgranskning nattetid syftande till mer kvalificerad tillgänglig läkartid dagtid och minskat behov av bemanningsföretag. Förändringen är påbörjad men ännu inte helt genomförd.

Förtätning av slätröntgenundersökningar av skelett och hjärta/lungor från lokalsjukhusen till Uddevalla sjukhus och NÄL har genomförts. Arbetet är avslutat men igångsättande av åtgärder vilar i väntan om beslut om lokalsjukhusens roll inom framtidens hälso- och sjukvård.

Integrering av laboratorieverksamheten på Dalslands sjukhus till den befintliga mottagnings-verksamheten och överföring av vissa moment till NÄL utifrån anpassning till Krav- och Kvalitetsboken är genomförd men igångsättande av åtgärder vilar i väntan om beslut om lokalsjukhusens roll inom framtidens hälso- och sjukvård.

Område Medicin

Projekt för *daglig styrning* av den Medicinska akutvårdsavdelningen (MAVA) pågår för att styra tider för rondverksamheten, utskrivningar och inre struktur och har lett till förkortade medelvårdtider. Projektet fortsätter i syfte att ytterligare effektivisera vårdprocessen.

Område opererande och AnOpIVA

Projekt för *daglig styrning* av operationsverksamheten har inletts syftande till att kunna bereda mer operationstid dagtid genom effektivare processer och kortare omställningstider. En viktig åtgärd är att förtäta operationspersonalen så att nästa operation kan förberedas parallellt med att föregående avvecklas. Motsvarande åtgärder har vid andra sjukhus lett till en kraftigt ökad operationstillgänglighet. Nedläggningen av de opererande verksamheterna på lokalsjukhusen möjliggör en sådan förändring.

Styrning till rätt resursnivå är ytterligare ett område där arbetet för operationer från centraloperation till mottagningsoperationer. Dessa är mindre resurskrävande och fler operationer kan utföras under samma tidsåtgång.

Förkortade medelvårdtider för planerade ingrepp till nationell best practice är grunden för dimensioneringen av den nya planerade ortopediska verksamheten.

Område Barn- och kvinnosjukdomar samt BUP

Barn, *Neonatal hemsjukvård* för kortare vårdtider och bättre anknytning barn och familj.

KK, *ökad samverkan / integrering av förälder på BB* för att minska omvårdnadskostnader och vårdtider.

Ökad andel *tidig hemgång från BB* för att korta medelvårdtiden.

Utvecklat samarbete *förlossning och BB* för att lösa perioder med extra ordinär belastning på annat sätt än övertid.

BUP, tydligare och standardiserade *vårdplaneringar* för överföring från slutenvård till öppenvård syftande till kortare slutenvårdstider och ökad säkerhet.

Område vuxenpsykiatri

Fem huvudprocesser för vård: *psykossjukdom, depression, bipolär sjukdom, ångestsjukdom och instabil personlighetsstörning* är under framtagning och implementering. Genom dessa säkerställs processen fram till diagnos och för den efterföljande behandlingen. Huvudprocesserna är en viktig del i att patienterna erbjuds lika vård och att denna är väl sammanhållen mellan öppen och slutenvård.

Bilaga 1 Ekonomiskt åtgärdsprogram NU-sjukvården 2012

Definitioner till åtgärdsplanerna:

- 1) I flikarna visas resultatförbättrande åtgärder under 2012. Första sidan är en sammanställning och följande sidor är per område.
- 2) Baslinjen utgör april månads utfall, med undantag för bemanningsföretag.
- 3) Lönekostnad är vid kända fall beräknat på faktisk kostnad, vid okända fall uppskattas månadslön + soc avg vara ca 34 tkr/mån.
(Beräkning: 50% usk 22 tkr/mån, 50% ssk 25,8 tkr/mån)
- 4) Läkemedel och övriga kostnader beräknas på avvikelse jmf med budget baserat på prognos/dialog med områden.
- 5) Bemanningsföretag är beräknade på jämförelser med kostnadsutfall år 2011.
- 6) Årsarbetare räknas på hel månadseffekt.

Definition till respektive kolumn i Områdesflikarna:

Planerat datum genomförande - när genomförandet av åtgärden ska börja.

Bedömd effekt helår - besparing om åtgärden varit genomförd vid ingången av nytt år.

Effekt årsarbetare - antal årsarbetare som ska minskas (årsarbetare motsvarar heltidstjänst).

Kategori årsarbetare - den kategori av personal som förväntas minska.

Bedömd effekt delår - bedömd besparing from den månad åtgärden är planerad att börja genomföras.

Bestutade ytterligare åtgärder 2012

| Åtgärder | Resultat helår | Resultat effekt 2012 | Område Medicin | Område Opererande spec | Område Akut verksamhet | Område Barn och Kvinno sjukvård | Område Vuxen psykiatri | Område Diagnostik | Område Ledningskansli |
|--|----------------|----------------------|----------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Effektivare ledning och administration | 9,7 | 6,6 | 0,7 | 1,0 | 0,5 | 1,6 | | 0,5 | 2,4 |
| Minska vårdplatser | 20,7 | 10,6 | 4,2 | | | | 6,4 | | |
| Andra strukturella förändringar | 8,0 | 3,6 | 0,8 | 1,5 | | 1,3 | | | |
| Effektivare processer | 18,4 | 13,2 | 5,1 | | | 6,5 | | 1,6 | |
| Minska bemanningsföretag | 31,8 | 31,8 | 11,2 | 11,9 | | 0,7 | 1,0 | 7,0 | |
| Minska läkemedelskostnader | 12,5 | 12,5 | 7,0 | | | 1,0 | 4,5 | | |
| Minska omkostnader | 2,2 | 2,0 | 1,0 | | | 1,0 | | | |
| Summa: | 103,2 | 80,2 | 30,0 | 14,4 | 0,5 | 12,0 | 11,9 | 9,0 | 2,4 |

| Parkerade åtgärder | Resultat helår | Resultat effekt 2012 | Område Medicin | Område Opererande spec | Område Akut verksamhet | Område Barn och Kvinno sjukvård | Område Vuxen psykiatri | Område Diagnostik | Område Ledningskansli |
|---|----------------|----------------------|----------------|------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Stängning dialys Strömstad | 1,0 | 1,0 | 1,0 | | | | | | |
| Stängning lab och radiologi på Lokalsjukhusen | 3,8 | 0,2 | | | | | | 0,2 | |
| Summa: | 4,8 | 1,2 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 |

Redan genomförda åtgärder 2012

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|--|--|--|--|-----|--|-----|
| Effektivare ledning och administration | 7,5 | 7,5 | | | | | 2,0 | | 5,5 |
|--|-----|-----|--|--|--|--|-----|--|-----|

Ekonomisk handlingsplan Medicin

| Aktivitet kostnad personal inkl inhyrd personal | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår (mnlkr) | Effekt årsarbetare | Kategori årsarbetare | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|---|----------------------------|-------------------------|---|
| Effektvisera ledning och administration | Löpande | 1,4 | 2,0 | sekreterare | 0,7 | Delvis | 2 sekreterare, övrigt främst under hösten |
| Minska kostnader för bemanningsläkare | Löpande | 11,2 | | | 11,2 | | Främst under hösten |
| Gen bakjour vid beredskap US+NÄL | | 0,4 | | | 0,1 | Nej | |
| Reduktion personal inom ramen för anställningsstopp | | | | | | | |
| Helgstängning avd 43 | sep-12 | 1,0 | 2,0 | ssk | 0,3 | Nej | |
| Paramedicin + dietist | maj-12 | 1,5 | 4,0 | Dietist+kurator+ kuratorchef+ sjukgymnast | 0,9 | Nej | |
| Ändra 8 vpl till UKP | sep-12 | 2,5 | 5,0 | usk | 0,8 | Nej | |
| Miskning 14 vpl | sept | 6,5 | 19,0 | ssk/usk, chef, bitr chef | 3,0 | Nej | |
| Överansättningar i form av "AV.or" löper ut efter sommaren och återbesätts ej | sept | 4,0 | 30,7 | Ssk/usk | 4,0 | Nej | |
| Summa: | | 28,5 | 62,7 | | 21,1 | | |
| Aktivitet kostnad läkemedel | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår | | | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
| Minska läkemedelskostnader | Löpande | 7,0 | | | 7,0 | Nej | Kostnader apodos minskar |
| Miskning 14 vpl | Oktober | 0,5 | | | 0,2 | Nej | |
| Aktivitet kostnad övriga kostnader | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår | | | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
| Minska labkostnader | Löpande | 1,0 | | | 1,0 | Delvis | |
| Miskning 14 vpl | Oktober | 2,0 | | | 0,7 | Nej | |
| PhaSeal ej användas för ab | Löpande | 0,2 | | | 0,0 | Nej | |

Ekonomisk handlingsplan Barn- och Kvinnosjukvård

| Aktivitet kostnad personal inkl inhyrd personal | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt/behär (mink) | Effekt/årsarbete | Kategori årsarbete | Bedömd effekt/behär | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
|---|-----------------------------|----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|------------------|--|
| Konsolidering avd 45 KK och G1 ÖNH | 2012-07-01 | 2,5 | 6,0 | | 1,3 | | Forskjuten tidplan |
| Effektivisera ledning och administration | Hösten 2012 | 0,8 | | | 0,8 | | Sammanställning av öppenvårdsmottagningar, ej påbörjad. |
| Minska bemanningsföretag | Hösten 2012 | 0,7 | | | 0,7 | | |
| Minska övertid | Löpande | 1,5 | | | 1,0 | | Syns inget än i bokföringen |
| Minska fourberg | Löpande | 1,0 | | läkare | 1,0 | | Syns inget än i bokföringen |
| Införa produktionsråd | Våren 2012 | 0,5 | | | 0,5 | Ja | |
| Webbkonferenser | Hösten 2012 | 0,3 | | | 0,3 | | Investering är beviljad av Regionen enligt kalkyl i maj. |
| Tid Nu mm | Våren 2012 | 0,5 | | | 0,5 | | Införande pågår. |
| Flytta elektiv vård till US | Hösten 2012 | 0,5 | | | 0,2 | | |
| Samordna sekretariat | Nov 2012 | 0,5 | | 1,0 sebr | 0,5 | | |
| Reduktion personal inom ramen för anställningsstopp | | | | | | | |
| Avsluta bredvidgång för uppläring | maj 2012 | 0,6 | | 3,0 usk | 0,6 | | |
| pensionsavgångar förlossning | augusti 2012 | 0,9 | | 2,0 bm | 0,4 | | |
| Usk-mottagning NAL | augusti 2012 | 0,3 | | 0,5 usk | 0,1 | | |
| Pensionsavgångar gyn-mottagning | nov 2012 | 0,8 | | 2,0 usk/bm | 0,1 | | |
| Föräldraledighet ersätts ej avd 34 | augusti 2012 | 0,5 | | 1,0 bsk | 0,2 | | |
| Pensionsavgång avd 34 | augusti 2012 | 0,5 | | 1,0 bsk | 0,2 | | |
| BUP pensionsavgångar | augusti 2012 | 1,5 | | 3,0 usk | 0,6 | | |
| Minska timavlönade genom samverkan inom området | september 2012 | 2,4 | | 6,0 usk/sk | 0,8 | | |
| Finansiera Heroma-rapportörer | augusti 2012 | 0,7 | | 2,0 usk | 0,3 | | |
| Summa: | | 16,9 | 27,5 | | 10,0 | | |
| Aktivitet kostnad inkommet | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt/behär | | | Bedömd effekt/behär | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
| Läkemedelsövervakning | Löpande | 1,0 | | | 1,0 | | ADHD-medicin ökar, andra läkemedelskostnader minskar |
| Aktivitet kostnad övriga kostnader | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt/behär | | | Bedömd effekt/behär | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
| Minska läkemedelskostnader | Löpande | 1,0 | | | 1,0 | | |

Ekonomisk handlingsplan Vuxenpsykiatri

| Aktivitet kostnad personal inkl inhyrd personal | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår (mnkr) | Effekt årsarbetare | Kategori årsarbetare | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar |
|---|-----------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------|--|
| Minska 15 vårdplatser | juni 2012 | 10,0 | 20,0 | skötare | 6,0 | | |
| Minska kostnader för bemanningsläkare | Löpande | 1,0 | | | 1,0 | | Minskade personalkostnader egna läkare |
| Summa: | | 11,0 | 20,0 | | 7,0 | | |
| Aktivitet kostnad läkemedel | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar | | |
| Minska kostnader för läkemedel | Löpande | 4,5 | 4,5 | | | | |
| Aktivitet kostnad övriga kostnader | Planerat datum genomförande | Bedömd effekt helår | Bedömd effekt delår | Genomfört Ja/Nej | Kommentar | | |
| Minska 15 vårdplatser | juni 2012 | 0,7 | 0,4 | | | | |

Ärende 11

Ärende 11

Tjänsteutlåtande

Datum 2012-06-20
Diarienummer NU

Ledningskansliet för NU-sjukvården

Handläggare Sven Florström
Telefon 0520-47 83 91
E-post sven.florstrom@vregion.se

Styrelsen för NU-sjukvården

Behandling av revisorernas årspromemoria avseende verksamhetsåret 2011

NU-sjukvården har tagit del av revisionsberättelser för 2011 års verksamhet och revisorernas årspromemoria.

Slutsatser och kommentarer

NU-sjukvården delar i allt väsentligt revisionens bedömningar och slutsatser.

Nedan redovisas NU-sjukvårdens synpunkter enligt de rubriker som återfinns i revisionens PM.

- Styrmodellerna – roller och befogenheter i systemet behöver tydliggöras för att undvika motsägelsefulla styrsignaler.
- Måluppfyllelse – inga synpunkter
- Ägarutskottet – inga synpunkter
- Beställarstyrning – beställarkansliernas valmöjligheter har begränsats betydligt efter införandet VGPV. Vi uppfattar att sjukhusen får det ekonomiska utrymme som ”blir över”.
- Utförarstyrning – det är demoraliserande för beställar/utförarsystemet med tilläggsbeställningar i slutet av året, där sjukhusens ekonomiska resultat stundtals påverkas av mer eller mindre godtyckliga beslut i december. Inom NU-sjukvården har arbetet med att förbättra uppföljning av verksamheten prioriterats högt under ett antal år, men det finns mer att göra.
- Serviceverksamheten – tyvärr finns det ett misstroende mot Regionservice. Bakgrunden är många och långa förhandlingar om priser och villkor, där NU-sjukvården inte upplever den förväntade kostnadsreduceringen och inom vissa områden en lägre service än tidigare. Exempel på fleråriga meningsskiljaktigheter finns inom bl a administrativ service, där förvaltningarna fortfarande i huvudsak får betala i proportion till hur stora resurser som överfördes till Regionservice, och inte efter storleken på den volym/kvantitet som beställs. För att uppnå de stora effekterna på inköpsområdet måste regionen styra sortimentet av inköpta varor betydligt hårdare. En regiongemensam sortimentsstrategi bör tas fram.

Datum 2012-06-20

- Intern styrning och kontroll – NU-sjukvården har under senare år arbetat med att förbättra intern styrning och kontroll. Bland annat har tillskapats en övergripande controllergrupp bestående av kompetenser från flera olika områden, med uppgift att analysera förbättringspotentialer inom verksamheten. År 2010 införde NU-sjukvården en ny internkontrollplan. System- och IS-stöd avseende budget och prognos, totalkostnadsredovisning, investeringar, samt Cognos-rapporter avseende produktion, personal och ekonomi har utvecklats och implementerats i verksamheten de senaste åren.
- Uttalande om tillämpning av insynslagen - inga synpunkter
- God ekonomisk hushållning – årligen bör det på regional nivå finnas ett ekonomiskt överskott på cirka 2 procent på omsättningen för att alla krav på god ekonomisk hushållning ska uppfyllas.
- Rättvisande räkenskaper – NU-sjukvården fick inga anmärkningar av betydelse i årets revision.

Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården ställer sig bakom ovanstående slutsatser och kommentarer till revisorernas årspromemoria avseende verksamhetsåret 2011 i Västra Götalandsregionen.

Sven Florström
Ekonomichef



Datum 2012-05-23
Diarienummer RS 10-2012

Administrativa avdelningen

Birgit Bratt

Nämnder och styrelser inom Västra Götalandsregionen

Ledningskansliet för NU-sjukvården
Auktoriserat

2012-06-04

D nr. 109:20/2012

Regionfullmäktiges beslut den 17 april 2012 § 60 om revisionsberättelser för 2011 års verksamhet

Revisorskollegiet har överlämnat revisionsberättelser över Västra Götalandsregionens verksamheter under år 2011. Regionfullmäktige behandlade ärendet vid sitt sammanträde den 17 april 2012. I samband med beslutet uttryckte regionfullmäktige att regionstyrelsen snarast bör se till att nämnder och styrelser behandlar "Revisorernas årspromemoria avseende verksamhetsåret 2011 i Västra Götalandsregionen". I promemorian föreslår revisorernas flera förslag som kräver olika åtgärder.

Regionstyrelsen uppmanar samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen att behandla revisorernas årspromemoria enligt ovan.

Handläggare:
Svebrist (AE) ✓
Kopierat
Sjukvårds (2H) ✓
Ek. chef (SF) ✓

Regionstyrelsen

Bjert-Inge Andersson
Ordförande

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

Sammanträde: Regionfullmäktige
Tid: Den 17 april 2012
Plats: Sessionssalen, Kommunhuset i Vänersborg

Handläggare:
Ek.chef (SE) ✓
Kopia:
Sjukhusdir (LH) ✓
Sekt.styr (AE) ✓
Utledare (PO) ✓

§ 60

Revisionsberättelser för 2011 års verksamhet

Dnr RS 10-2012

Ärendet

Revisorskollegiet har överlämnat revisionsberättelser över Västra Götalandsregionens verksamhet under år 2011. Revisorerna har tillstyrkt ansvarsfrihet för samtliga nämnder och styrelser och deras ledamöter.

Fullmäktige ska lämna en motivering till beslut om att bevilja ansvarsfrihet eller att vägra ansvarsfrihet (Kommunallagen 5 kap 25a §).

Beredning

Regionfullmäktiges presidium vill understryka revisorernas bedömning att Västra Götalandsregionens ekonomi kräver åtgärder för att skapa ekonomiska överskott och en ekonomi i balans.

Regionstyrelsen bör snarast se till att nämnder och styrelser behandlar "Revisorernas årspromemoria avseende verksamhetsåret 2011 i Västra Götalandsregionen". I promemorian föreslår revisorerna flera förslag som kräver olika åtgärder.

Regionfullmäktiges presidium gör ingen annan bedömning än den som revisorerna framfört i revisionsberättelsen. Presidiet föreslår därför att regionfullmäktige beviljar ansvarsfrihet för samtliga nämnder och styrelser samt de enskilda förtroendevalda.

Föredragning

Revisorskollegiets ordförande, Ulf Sjösten (M), redogör för revisionsarbetet samt lämnar en kort kommentar till den årspromemoria som upprättats.

Anföranden

Anföranden hålls av Mariella Olsson (FP), Anders G Högmark (M), Gunilla Druve Jansson (C) och Monica von Martens (MP).

Ordföranden framför presidiets tack till revisorerna för ett gott samarbete.

Regionfullmäktiges beslut:

Med hänvisning till revisionsberättelserna beviljar regionfullmäktige regionstyrelsen och övriga nämnder och styrelser samt de enskilda

Regionfullmäktige
2012-04-17

förtroendevalda i dessa organ som regionens revisorer haft att granska, ansvarsfrihet för såväl förvaltning som räkenskaper under år 2011.

Protokollsanteckning

I beslutet deltar endast de ledamöter som enligt 5 kap 20 a § i kommunallagen har rätt att delta i beslut om ansvarsfrihet.

Vid protokollet

Elisabet Ericson
Sekreterare

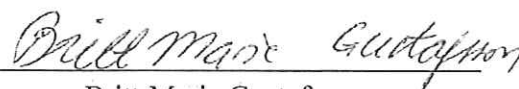
Justerat den 20 april 2012 i Vänersborg

Kjell Nordström
Ordförande

Conny Brännberg
Justerande

Joakim Larsson
Ordförande

Rätt utdraget intygar


Britt-Marie Gustafsson

Exp till:
Samtliga nämnder, styrelser och bolag
Revisionsenheten
Mats Friberg
Peter Detterberg

REVISORERNAS ÅRS PROMEMORIA AVSEENDE VERKSAMHETSÅRET 2011 I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Inledning

Revisionen är ett demokratiskt kontrollinstrument med regionfullmäktiges uppdrag att granska den verksamhet som bedrivs i regionen. Revisorernas årspromemoria är ett uttryck för den samlade bedömning som revisorerna gör av nämnders och styrelserns ansvarstagande för sina verksamheter under året.

Modern revision skall enligt lag och god revisions sed vara stödjande och framåtsyftande. Ett mål för revisionsverksamheten är därför att genom granskningar och dialog identifiera och påtala områden som bör förbättras. Syftet med detta förebyggande arbete är att möjliggöra en ansvarsprövning och en revisionsberättelse fri från anmärkningar.

Årets revision

Årets revision har genomförts i enlighet med kommunallagen och god revisions sed i kommunal verksamhet. Revisorerna har i olika arbetsgrupper träffat presidier och förvaltningsledningar i så gott som samtliga nämnder och styrelser. Revisionsenhetens personal har löpande följt verksamheterna och haft kontakt med förvaltningarna. Fortlöpande räkenskapsrevision och särskilda granskningsinsatser har genomförts såväl med hjälp av externa konsulter som i egen regi.

Revisorernas grundläggande granskning och dialog med nämnder och styrelser har haft sin tyngdpunkt i intern styrning och kontroll och då inte minst nämndernas och styrelsernas förmåga att identifiera, förebygga och hantera risker inom sina ansvarsområden.

Revisionen av Västra Götalandsregionens hel- och delägda bolag har samordnats vad gäller struktur och innehåll. Västra Götalandsregionen är part i finansiella samordningsförbund inom rehabiliteringsområdet och i stiftelser och kommunalförbund. Dessa har granskats i särskild ordning och redovisas i separata revisionsberättelser.

En faktor som påverkat såväl revisionsarbetet som all annan verksamhet i regionen under året är omvalet till regionfullmäktige. Förändringar i olika beslutande politiska församlingar med nya konstellationer på plats först efter sommaren har naturligtvis medfört förluster i såväl styrförmåga som tempo.

Ledning och styrning

Styrmodell - roller och ansvar

Enligt kommunallagen har alla nämnder och styrelser sitt uppdrag från fullmäktige och ingen styrelse eller nämnd är överordnad de andra. Regionstyrelsen har dock ett särskilt ansvar i att samordna förvaltningen av regionens angelägenheter och att utöva uppsikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen har också ansvaret att bereda ärenden till fullmäktige, ha hand om den ekonomiska förvaltningen samt verkställa fullmäktiges beslut. Detta uppdrag är komplext och regionstyrelsen har 2011 infört en ny utskottsorganisation i syfte att fördela arbetsuppgifterna.

Regionens övergripande styrmodell bygger på rollerna av ägare, beställare och utförare. Revisorerna konstaterar, att roller och befogenheter i många fall inte är tydliggjorda. Det är därför angeläget att uppdraget till regionkansliet att se över styrmodellen drivs med större kraft än vad som hittills synes ha varit fallet.

Måluppfyllelse

I årsredovisningen för 2011 framgår att ett antal av fullmäktiges mål för hälso- och sjukvård inte uppnåtts. Ett exempel, där det lyser rött i redovisningens signalsystem, är målet att alla hälso- och sjukvårdens verksamheter ska uppnå minst riksgenomsnittet i de nationella jämförelserna av vårdens kvalitet. Här redovisas brister när det gäller läkemedelsbehandling, behandling av stroke och områden inom cancersjukvården. Ett annat exempel, där målet inte uppnåtts, är att andelen äldre personer med mer än tio läkemedel ska minska. Här ses i stället en ökning. Redovisningen av måluppfyllnad visar också att måltal/styrtal i flera fall saknas. Ett exempel är målet om att alla patienter inom psykiatri ska ha en individuell vårdplan. Här hänvisas i årsredovisningen till att styr- och måltal saknas för området.

Anmärkningsvärt är också att de två målen i ekonomiperspektivet, om ökad produktivitet och att alla verksamheter ska ha en ekonomi i balans, inte redovisas alls. Redovisningen av mål och uppdrag i årsredovisningen behöver ses över. Revisorerna är tveksamma till om fullmäktige ges tillräckliga förutsättningar för att bedöma måluppfyllelsen och genomförandet av de uppdrag som lämnats. I många delar finns en god struktur och en helhetsbild. I andra delar finns utrymme för utveckling, vilken skulle kunna stärka regionstyrelsens möjlighet att utöva sin uppsiktsplikt.

I en riskanalys av regionens arbete med tillväxt och utveckling framkom såväl styrnings- som effektivitetsrisker. De förklarades med avsaknad av en tydlig strategi för arbetet samt en svag samordning och målstyrning. Regionen och berörda förvaltningar har en mängd styrdokument och mål utan tydlig hierarki eller prioritering. I den löpande granskningen av hälso- och sjukvårdens verksamheter framträder en liknande bild. Ett stort antal mål för verksamheten har formulerats utan någon tydlig koppling till regionfullmäktiges strategiska inriktningar och prioriterade mål.

Ägarutskottet

Regionstyrelsen har ett komplext och mångfacetterat uppdrag. I syfte att styra och leda regionens verksamheter på ett ändamålsenligt vis har styrelsen sedan 2011 lagt delar av sitt uppdrag på tre utskott; ägarutskott, personalutskott samt hälso- och sjukvårdsutskott.

Ägarutskottet har tilldelats ett mycket brett uppdrag. Revisorerna har med utgångspunkt från detta granskat hur ägarutskottet genomför sitt uppdrag att samordna utförarverksamheten, att samordna, tolka och utveckla styrmodellen, att övervaka tillämpningen av fastställda policys och riktlinjer, att samordna och ansvara för effekthemtagning av beslutade förändringar samt att besluta om strategier för att utveckla vårdkvalitet och produktivitet i egen verksamhet.

Revisorerna konstaterar, att utskottet påbörjat ett arbete med att organisera sin verksamhet utifrån sitt uppdrag. Mycket återstår dock i utvecklingen av såväl utskottets sätt att hantera sitt uppdrag som kansliets stödprocesser.

Samordningen av utförarverksamheten synes i första hand ske genom de återkommande dialoger som utskottet genomför med de enheter som uppvisar avvikelser mot budget eller bristande måluppfyllelse. Några mera aktiva samordningsåtgärder har inte dokumenterats under året.

Revisorerna konstaterar vidare, att det finns brister i hur ägarutskottet analyserar och utvärderar i vilken mån det sker effekthemtagningar i verksamheterna utifrån beslutade förändringar och budgetuppdrag.

Det är otydligt på vilket vis ägarutskottet utarbetar strategier i syfte att utveckla vårdkvalitet och produktivitet i egenverksamheten.

Med hänvisning till vad som anförts ovan är det revisorernas bedömning, att ägarutskottet ännu inte har genomfört det uppdrag regionstyrelsen lämnat. De åtgärder som vidtagits under årets sista kvartal innebär dock, enligt revisorernas mening, en förbättring.

Beställarstyrningen - allmänt

De regionbidrag hälso- och sjukvårdsnämnderna tilldelas i budget utgår från en komplex resursfördelningsmodell för hälso- och sjukvård. Förändringar i folkmängd, särskilt i de högre åldersgrupperna, torde vara en faktor som påverkar vårdbehov och vårdkonsumtion. Något tydligt samband mellan befolkningsutveckling och fördelning av regionbidrag till nämnderna är svårt att urskilja. Stora budgetavvikelser hos enskilda nämnder antyder brister i den tillämpade fördelningsmodellen. Flera nämnder uppvisar stora överskott, som dock reduceras genom olika riskdelningsförfaranden. Regionens fördelningsmodell kan därmed, enligt revisorerna, i väsentliga delar anses vara satt ur spel.

Hälso- och sjukvårdsnämndernas möjlighet att påverka har vidare begränsats efter införandet av ett vårdvals-system inom primärvård. Den regionala krav- och kvalitetsboken avgör här utfallet för respektive nämnd.

Revisorerna konstaterar, att tillämpningen av resursfördelningsmodell och riskdelningssystem samt regelverket inom den vårdvalsstyrda verksamheten sammantaget begränsar möjligheten att värdera de olika hälso- och sjukvårdsnämndernas resultat.

Beställarstyrningen – externa vårdgivare

Under senare år har förutsättningarna för produktion av skattefinansierade välfärdstjänster förändrats. Från att nästan uteslutande ha producerats i egenverksamheten utförs idag dessa tjänster i allt större omfattning av externa leverantörer. I Västra Götalandsregionen har införandet av ett vårdvals-system inneburit nya förutsättningar för produktion och leverans av tjänster i primärvården.

Kontroll och uppföljning av externa leverantörer av regionens tjänster genomförs på olika sätt i de olika hälso- och sjukvårdskanslierna. Det finns inte en tydligt utvecklad process för uppdraget. I delar sker uppföljningen på enskilda initiativ och utan tydlig systematik. Revisorerna noterar dock, att de uppföljningar som hälso- och sjukvårdskansliet i Göteborg genomfört har uppdagat flera allvarliga avvikelser. Återbetalningar har skett och avtal hävts.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna behöver, enligt revisorernas mening, utveckla ett mer systematiskt arbetssätt för att kontrollera och följa upp externa leverantörer av regionens tjänster. Den interna styrningen och kontrollen kan utvecklas och den ska bygga på en systematisk riskanalys. Riskanalyser ska genomföras redan under upphandlingsfasen, alternativt då underlag för avtalsförslag tas fram.

Med tanke på att nya utförare av affärsmässiga skäl kan ha delvis andra mål än regionen är det särskilt viktigt att säkerställa kvaliteten i de tjänster som levereras. Hälso- och sjukvårdsnämnderna behöver även i avtalstext utveckla rätten till insyn i de delar hos den externa utföraren som berör uppdraget mot regionen.

Utförarstyrningen

Flera av regionens sjukhus redovisar negativa ekonomiska resultat år 2011. Sjukhusens resultat avgörs till stor del av intäkternas utfall. Formerna för ersättning till sjukhusen utgörs av en blandning av prestationsersättningar, riktade uppdrag mm. Innehållet i ersättningarna varierar mellan sjukhusen. Den kanske viktigaste ersättningsfaktorn, DRG-priset, är inte gemensam utan sjukhusspecifikt.

Budgetstyrningen är komplex och riskerar att undermineras av att utförarna inom hälso- och sjukvården får tilläggsbeställningar och andra ersättningar från hälso- och sjukvårdsnämnderna. De tillkommande ersättningarna lämnas inte sällan i slutet av året, utan klar koppling till specificerad motprestation. Denna fördelning bygger inte på någon regiongemensam princip utan förefaller snarare spegla respektive nämnds finansiella förutsättningar. Syftet synes vara att minska enskilda vårdgivares underskott.

Möjligheterna att utifrån sjukhusens redovisade resultat bedöma produktivitet och effektivitet är av flera skäl begränsade. Jämförelser av sjukhusens produktivitet förutsätter att prestationsredovisningen är likartad. Flera jämförelsestörande förändringar i redovisningen har gjorts under senare år. Det föreligger också skillnader mellan sjukhusens interna prestationsredovisning och regionkansliets. Dessa skillnader är inte obetydliga och kan vara avgörande för bedömningen av hur sjukhuset klarat regionfullmäktiges mål eller inte.

Inom ramen för sin grundläggande granskning har revisorerna följt sjukhusstyrelsernas arbete med att hantera den ekonomiska obalansen. Beslut liksom styr- och uppföljningsåtgärder är i flertalet fall bristfälligt dokumenterade och därmed inte spårbara.

Primärvårdsstyrelserna har under året fortsatt med att anpassa sina verksamheter till de ekonomiska förutsättningarna. Farhågor om betydande underskott har dock inte besannats. De fem styrelserna har tillsammans tagit fram gemensamma affärsplaner, ledningssystem och planer för intern styrning och kontroll. En grund har därmed lagts för de nya styrelserna, primärvårdsstyrelsen och styrelsen för beställd primärvård.

Styrmodellen, sammanfattningsvis

Mot bakgrund av de utmaningar regionen står inför, vill revisorerna sammanfattningsvis framhålla vikten av en tydlig styrmodell och ambitionen att upprätthålla densamma.

Serviceverksamheten

Serviceämnden har sedan sin tillkomst utfäst löften om väsentliga besparingar och effektiviseringar. Det är oklart i vilken omfattning dessa besparingar har effektuerats. Projekten som genomförs för att effektivisera serviceverksamheten är utdragna och dyrbara processer. Konsultkostnaderna i samband med projekten uppgår till betydande belopp. Projekten har haft en tendens att aldrig implementeras fullt ut, utan har hela tiden gått in i nya, omdefinierade projekt. Det innebär att man skjuter den eventuella besparingen framför sig. Dessutom riskerar verksamheten att bli beroende av konsulter. Det är oklart hur serviceämnden har utövat intern styrning och kontroll avseende projektverksamheten.

Det tänkta partnerskapet/samverkan mellan regionservice och övriga verksamheter när det gäller servicetjänster har inte fungerat i praktiken. I stället har det utvecklats ett ömsesidigt misstroende. Regionservice har inte lyckats säkerställa kommunikationsprocesserna med kunderna. Det gäller såväl kostnader som servicenivåer, volymer och kvalitet. Mot bakgrund av det uttalade kundmissnöjet och de återkommande klagomålen, är det anmärkningsvärt att serviceförvaltningen inte etablerat en systematisk avvikelshantering.

Inom hjälpmedelsområdet har revisorerna granskat upphandlingen av hjälpmedel och dess konsekvenser för kostnadsutvecklingen. Revisorerna konstaterar, att gällande avtal är för vagt utformat. Detta har inneburit tvister mellan område Hjälpmedel och deras kunder. Det finns också oklarheter i serviceämndens redovisning av kostnader och intäkter för hjälpmedel vilket leder till att avtalsuppföljningen inte blir tydliggjord i den omfattning som krävs. Revisorerna konstaterar också att serviceämndens ekonomiska resultat för 2011 till en inte ringa del kan härledas till intäkter som genererats inom hjälpmedelsområdet. Detta lämnar ett frågetecken beträffande effektiviteten inom serviceämndens övriga ansvarsområde.

I revisorernas uppföljande granskning av inköpsprocessen konstateras, att många av de brister, som påpekades i den förra granskningen från 2009, kvarstår. Det gäller såväl prioritering som uppföljning av regionens upphandlingar. För att få avsedda styreffekter i inköpsprocessen måste arbetet i inköpsrådet lyftas till strategisk nivå. Beslut måste fattas om hur arbete med differentiering/prioritering av olika upphandlingar ska ske. En förutsättning för ett sådant beslut är att en regiongemensam sortimentsstrategi tas fram.

Ekonomi

Revisorerna har tidigare efterlyst ett ekonomiskt överskott för att skapa handlingsutrymme och därmed möjlighet att parera oförutsedda resultatsvängningar. Årets ekonomiska resultat, till skillnad från de fem senaste årens, försämrar den ekonomiska beredskapen. I den underbalanserade budgeten för 2012 tas dessutom delar av det ackumulerade överskottet i anspråk.

Självfinansieringsnivån för investeringar är på en mycket lägre nivå än förra året, vilket innebär att delar av den egna likviditeten fortsatt tas i anspråk. Ett lånebehov kommer att uppstå med ökade räntekostnader som följd.

Intern styrning och kontroll

Intern kontroll är en väsentlig del i en väl fungerande intern styrning av regionens verksamheter. Revisionen har att årligen granska, bedöma och uttala sig om huruvida nämnder och styrelser upprätthåller en tillräcklig intern kontroll i verksamheterna.

Revisorerna kan i ett förvaltningsperspektiv konstatera att det finns brister såväl i processer och rutiner som i redovisningen. Brister som kan medföra konsekvenser för nämnders/styrelsers förmåga att säkerställa en tillräcklig intern styrning och kontroll. Exempel är vad som framkommit i systemgranskningarna kring Heroma, Raindance, Troman och momshanteringen samt hjälpmedelsverksamheten.

Revisionen har därför, nu liksom tidigare, framfört synpunkter på hur den interna kontrollen fungerar i regionens verksamheter. Behovet av ett regiongemensamt regelsystem och regionstyrelsens tydliga uppmärksamhet och stöd har särskilt framhållits. Revisorerna noterar med tillfredsställelse att regionstyrelsen nu uppdragit åt regiondirektören att ta fram ett underlag för ett sådant regelverk.

Uttalande om tillämpningen av insynlagen

Enligt lagen om insyn i vissa finansiella förbindelser mm, ska revisorerna för varje räkenskapsår granska om en öppen och separat redovisning fullgjorts i enlighet med lagen. Syftet med att skapa transparens i redovisningen är att motverka konkurrensproblem. I Västra Götalandsregionens verksamhet berörs under 2011, enligt revisorernas bedömning, endast vuxentandvården och den primärvård som bedrivs i egen regi inom ramen för lagen om vårdval.

All tandvårdsverksamhet redovisas i en gemensam bokföring. Sedan år 2010 särredovisar folktandvården i en separat uppföljning vuxentandvård på kliniknivå. Landstingen har gemensamt tagit fram en modell för en enhetlig särredovisning av tandvårdsverksamhet som ska införas av samtliga landsting 2012. Det pågår ett arbete med att anpassa folktandvårdens redovisning till dessa krav. Primärvården genomförde vid införandet av VG Primärvård förändringar i redovisning med mera för att uppfylla kraven på konkurrensneutralitet. Sedan årsskiftet 2011/2012 är också organisationen delad med två styrelser för att tydliggöra uppdelningen. Därmed skapas en förutsättning för särredovisning av egenregiverksamheten i vårdvalet.

Mot bakgrund av osäkerheten om tillämpningen av insynslagen och i avvaktan på att föreskrifter meddelas bedömer revisorerna att det för närvarande inte finns tillräckligt underlag för att intyga att redovisningen har fullgjorts på avsett sätt.

God ekonomisk hushållning

Under år 2011 uppnåddes tre av de fyra finansiella mål som regionfullmäktige fastställt. De mål som avser nivån på eget kapital, en god betalningsberedskap och bibehållen rating har uppnåtts. Målet om att det egna kapitalet ska återställas vid konjunkturuppgång, om det understiger nivån vid ingången av året, kan av naturliga skäl ännu inte bedömas. Återställning baserad på balanskravet krävs inte, då regionen åberopar synnerliga skäl för att inte återställa den resultatmässiga konsekvensen, 982 mnkr, av den sänkta kalkylräntan för pensionsskulden.

En jämförelse mellan skatte- och bidragsutvecklingen och den i genomsnitt högre nettokostnadsutvecklingen i genomsnitt under de senaste fem åren inger oro. Genom det lägre egna kapitalet minskar den ekonomiska beredskapen och därmed även handlingsutrymmet. Revisorerna anser därför, vid en sammantagen bedömning, att Västra Götalandsregionen inte fullt ut lever upp till lagens krav på god ekonomisk hushållning. Det krävs i flera avseenden förbättringar i hur ekonomin utvecklas för att ge regionen en sådan ekonomisk styrka som i sin tur ger handlingsutrymme för framtiden.

Rättvisande räkenskaper

Regionstyrelsen har ansvaret för att upprätta en ekonomisk redovisning som ger en rättvisande bild enligt lagen om kommunal redovisning. Respektive nämnd och styrelse har ansvar för att upprätta sin redovisning enligt de anvisningar regionstyrelsen utfärdar.

Regionens revisorer har uppdragit åt externa yrkesrevisorer och revisionsenheten att granska regionens räkenskaper och den interna kontrollen i redovisningsrutinerna. Yrkesrevisorerna lämnar som ett led i sin granskning förslag på förbättringar av kontroller och rutiner. Återkommande brister i bokföring och kontroll i redovisningsrutinerna följs upp av såväl revisionen som regionkansliets ekonomiavdelning. Revisorerna framför synpunkter direkt till berörda styrelser/nämnder i särskilda rapporter. Uppdraget är att med rimlig säkerhet bedöma att redovisningen inte innehåller väsentliga felaktigheter. Detta innebär att det kan finnas mindre väsentliga fel/brister som inte uppmärksammas i rapporteringen.

Revisorernas samlade bedömning är att räkenskaperna i allt väsentligt ger en rättvisande bild av resultat och ställning och att kontrollen i redovisningsrutinerna i allt väsentligt är tillräcklig.

Revisorernas sammanfattande bedömning

Budgeten för 2012 är underbalanserad. För att möta framtiden krävs en balans mellan intäkter och kostnader. Det ekonomiska läget kräver, att samtliga nämnder och styrelser tar ett gemensamt ansvar för att reducera kostnaderna och att öka effektiviteten. Kraftfull styrning och ledning, tydliga mål och en utvecklad samverkan är förutsättningar för att hantera de framtida mycket stora utmaningarna.

Planerade investeringsnivåer kommer under de närmaste åren inte bara att påverka likviditeten. Nivåhöjningarna är mycket kraftiga och medför därför starkt ökade driftskostnader. Förutom kapitalkostnader – avskrivningar och ränta - uppstår kostnader för drift och underhåll. Till detta kommer pensionsåtagandet och från år 2012 hela kostnaden för kollektivtrafiken. Revisorerna efterlyser därför för andra året i följd en belysning av de höga investeringsnivåernas och pensionskostnadernas sammantagna långsiktiga effekter på Västra Götalandsregionens ekonomi.

Flera sjukhusstyrelser uppvisar ekonomiska underskott. Det är, mot bakgrund av regionfullmäktiges skarpa formuleringar i budget, anmärkningsvärt att några sjukhusstyrelser under en följd av år tillåtit sätta sig över fattade beslut om ekonomiska förutsättningar.

Revisorerna anser, med hänvisning till vad som anförts ovan, i en sammantagen bedömning, att Västra Götalandsregionens resultat år 2011 inte fullt ut lever upp till lagens krav på god ekonomisk hushållning.

Revisorerna bedömer dock sammantaget, att regionstyrelsen, nämnder/styrelser och fullmäktigeberedningar har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Den interna kontrollen bedöms i allt väsentligt ha varit tillräcklig. Räkenskaperna har i allt väsentligt upprättats i enlighet med den kommunala redovisningslagen.

Revisorerna tillstyrker för år 2011 ansvarsfrihet för samtliga nämnder och styrelser och deras ledamöter.

Vänersborg den 28 mars 2012

Ulf Sjösten
Revisorskollegiets ordförande

Lennart Voog
Revisionsdirektör

Ärende 12

Ärende 12

Ärende 13

Ärende 13

Anmälningssärenden

Inkomna skrivelser

Skrivelse från Kommittén för Dalslands sjukhus om att inrätta njurdialys vid Dalslands sjukhus, daterad 2012-05-28

Skrivelse från Kommittén för Dalslands sjukhus om flytten av operationsverksamheten vid Dalslands sjukhus, daterad 2012-05-30

Utgående skrivelser

Svar på skrivelse till Kommittén för Dalslands sjukhus angående restaurangen på Dalslands sjukhus, daterad 2012-06-04

Hälso- och sjukvårdsutskottet

Översyn av regelverket för subvention av glasögon för barn upp till 16 år, beslut 2012-05-09, § 98

Regionstyrelsen

Internationell handlingsplan 2012-2013, beslut 2012-04-24, § 93

Delårsrapport mars för Västra Götalandsregionen, beslut 2012-05-22, § 102

Skrivelse från regionkansliet om regionstyrelsens möten under fortsättningen av 2012, daterad 2012-05-14

Regionfullmäktige

Förtydliganden av vissa patientavgifter m m, beslut 2012-05-15, § 100

Skrivelse från administrativ avdelningen om regionfullmäktiges beslut 17 april 2012 om revisionsberättelser för 2011 års verksamhet, 2012-05-23

