

Regionstyrelsen  
Camilla Tengström

2012-09-14

Regionala Pensionärsrådets möte fredagen den 7 september 2012 kl.09.30-12.30  
Plats: Sessionssalen, Residenset, Vänersborg

#### Närvarande ledamöter

Gert-Inge Andersson, regionstyrelsen  
Johnny Magnusson, regionstyrelsen  
Alf Andersson, PRO  
Lennart Larsson, PRO  
Birgit Malmbom, PRO  
Ruth Jonsson, PRO  
Ann-Gret Dahllöf, SPF  
Ruby Lindström, SPF  
Gunnar Pettersson, SPF  
Märtha Liljegren, SKPF  
Hjördis Ahlm, SPRF  
Daniel Höglund, RPG

#### Närvarande ersättare

Rune Johansson, PRO  
Evald Larsson, PRO  
Leif Gabrielsson, PRO  
Arne Nyman, PRO  
Dick Ylander, SPF  
Ragne Fransson, RPG

#### Inte närvarande

Mauritz Eliasson, PRO, ledamot  
Ingela Ekholm, PRO, ersättare  
Ingrid Almén, SPF, ersättare  
Evert Josefsson, SPRF, ersättare  
Birgitta Fröberg, SKPF, ersättare  
Zaidi Foliás, SKPF, suppleant  
Jonas Andersson, regionstyrelsen  
Helen Eliasson, regionstyrelsen

#### Övriga närvarande

Susanne Gustafsson, Med. Dr. specialist i  
arbetsterapi EFRO, SÅS, Borås Göteborgs  
Universitet.  
Camilla Tengström, sekreterare

### **1. Anteckningar från föregående möte**

Anteckningarna godkändes.

Fråga som kvarstod att besvara från förra mötet ” Vad gör regionen för att få ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi”? Svår fråga, Helen Eliasson hälsar att hon förhoppningsvis har ett svar till nästa möte.

### **2. Föredrag ”Äldres hälsa”**

Susanne Gustafsson föredrog om Äldre personer i Riskzon ”Livslots”  
Åhörarkopior delades ut på mötet. Boktips ”Livslots för seniorer” finns på Örgryte/Härlandas hemsida.

### **3. 1 Frågor från PRO**

Väntetider vid akutmottagningar.

Företrädare för PRO nås ofta av uppgifter om längre väntetider vid sjukhusens akutmottagningar än vad som kan anses vara rimligt. Samtidigt finns det en mycket tydlig intention om att högst en timma ska gälla för kontakt med läkare på en akutmottagning.

På vilket sätt arbetare Västra Götalandsregionen med att följa upp, och uppnå denna uttalade målsättning?



Väntetider till akutmottagningar följs upp varje månad på varje akutsjukhus. I uppföljningen redovisas tre olika mått på väntetid; tid till triage, tid till läkare och total genomloppstid. Kravnivåerna är att så många patienter som möjligt ska komma till triage inom 10 minuter, till läkare inom 60 minuter och att så många patienter som möjligt ska ha en total genomloppstid på högst 4 timmar.

I den senaste mätningen per juli 2012 är resultatet för regionen totalt att 68 % av patienterna kom till triage inom 10 minuter, 48 % till läkare inom 60 minuter och 67 % hade en total genomloppstid på max 4 timmar. Det är stora variationer mellan sjukhusen.

Tjänstemännen har i uppdrag att se över patientflöden till och från akuten. För att minska inflödet av patienter till akutmottagningarna finns två principiella angreppssätt; att minska den bakomliggande sjukligheten/den upplevda ohälsan eller att försöka styra patientströmmarna i en annan riktning. Ett relativt stort antal akutfall skulle kunna handläggas väl så bra inom primärvården eller i den kommunala hälso- och sjukvården.

Pilotprojektet kring aktiv hälsostyrning av mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar och kring med patienter med KOL/hjärtsvikt har påbörjats på flera sjukhus i regionen. Det diskuteras även om att samlokalisera primärvårdens jourmottagning med sjukhusens akutmottagning och om remisstväng till akutmottagning. Allt för att minska inflödet till akutmottagningar. Andra förslag är till exempel ökat öppethållande under helgerna på kvälls- och helgöppna vårdcentraler, att sjukhusen bättre nyttjar de bokningsbara primärvårdstiderna, att inte ha ledtidsmål för de lägst prioriterade patienterna på akutmottagningarna samt tydligare information till medborgarna via bland annat 1177 om vart man ska vända sig för att komma till rätt vårdnivå.

RPR önskade få veta till nästa möte hur många patienter som fått träffa en läkare inom 2 och 3 timmar.

### **3.2 Åtgärdsprogram för ekonomi i balans vid sjukhusen.**

**Det sprids en oro, och osäkerheten breder ut sig om vilka konsekvenserna blir för sjukhusvården till följd av de åtgärdsprogram som har utarbetats vid flera sjukhus för att uppnå ekonomisk balans. PRO önskar en redovisning av dessa för NU-sjukvården, Skas och SÄS.**

**PRO önskar också konsekvensanalyser av åtgärdsprogrammen med avseende på kvalitén inom vården, patientsäkerhet, väntetider vid akutmottagningar, överbeläggning och kompetensförsörjning.**

Vi har inte fått rapport om åtgärdsprogrammen och konsekvenser ännu.

Svar till nästa pensionärsråd.

Samtliga sjukhus i regionen klarar vårdgarantin och de tillgänglighetskrav som ställs för den sk kömiljarden. Under juli månad har inte SU och NU-sjukvården klarat gränsen för kömiljarden

(men klarar vårdgarantin). Inflödet av patienter på NU-sjukvården har varit högt i sommar vilket påverkar situationen. Inför alla beslut om väsentliga förändringar i vården görs en konsekvens och riskanalys inom berört område. Inga uppgifter finns som bekräftar att patientsäkerheten har påverkats.

Uppgifterna har relevans för överbeläggningar vid sjukhusen inom regionen överhuvudtaget. Det vore därför värdefullt med en redovisning på mötet om överbeläggningar under första halvåret 2012, och särskilt för juni och juli månad.

Det pågår ett arbete i regionen med att ta fram ett gemensamt rapporteringssystem som gör det möjligt att följa överbeläggningar per sjukhus. Under hösten kommer det arbetet att vara klart.

Överbeläggningsproblem varierar mellan sjukhus och mellan specialiteter, störst problem finns generellt på medicinområdet. Orsakerna är flera, beläggningen varierar självklart med inströmningen av patienter men påverkas också av hur respektive kommun klarar av att ta hem sina patienter. I perioder som vi epidemier av magsjuka, halka o.s.v. som påverkar sjukhusen.

Generellt rapporteras en förhållandevis lugn sommar.

#### 4.1 Frågor från SPF och RPG

**Hur är det med kosten på våra sjukhus tex inför en operation, får man en mer kaloririk kost då? Hur är det på de geriatriska avdelningarna, äldre sjuka kan oftast ej äta så stora måltider, men behöver en mer "energität" kost. Tar man hänsyn till detta?**

Rent allmänt kan man säga att inför varje planerad operation görs en bedömning av ansvarig läkare och narkosläkare för att se att patienten kan klara av en operation och bedöma ev risker för komplikationer.

En sådan risk kan vara ett försämrat näringsläge och då vägs det in och åtgärdas. Detta gäller oavsett ålder för patienten. Varje sjukhus har riktlinjer för hur man ska hantera behov av kosttillskott vid operation och framförallt inom cancervården

Vårdtiderna på våra sjukhus är idag korta. Kosten är generellt sammansatt för att få ett så högt näringsinnehåll som möjligt.

Vid behov används dietistkunskap som finns på varje sjukhus.

#### 4.2 Hur är budgetläget nu för år 2012?

Sjukhusen arbetar med de sparåtgärder som krävs för att uppnå en budget i balans.

SU kommer att nå ett 0 resultat, två av sjukhusen har av fullmäktige ett godkänt överskridande för 2012.

**4.3 Förmaksflimmer är en vanlig orsak till blodpropp vilket kan leda till stroke. Enligt uppgift i Svenska Dagbladet 30 juli i år framkom att man inom Stockholms läns landsting och Hallands landsting startat en undersökning av 75-76-åringar för att se hur många som har förmaksflimmer. Om detta behandlas kan många insjuknande i stroke undvikas, vilket leder till minskat lidande för den enskilde men även ekonomisk besparing för sjukvården.**

**Har man i VGR planer på liknande screening?**

I VGR planerar vi inte för screening av riskgrupper. Tjänstemännen följer resultaten från studierna i Stockholm och Skåne men kommer att avvakta resultaten av dessa studier innan man tar ställning för något liknande i VGR. Socialstyrelsen har inte heller, ännu, tagit upp screening i de nationella riktlinjerna.

Ungefär en tredjedel av alla strokepatienter i regionen, årligen 4 300 personer, har förmaksflimmer. I regionen beräknas cirka 38 000 individer ha förmaksflimmer. För att förebygga stroke behandlas ca 15 000 av dessa personer med blodförtunnande antikoagulantia (warfarin), vilket inte är tillräckligt. VGR tillhör de landsting i landet med lägst andel patienter som

får denna behandling. Fler hjärninfarkter skulle kunna förebyggas om fler patienter erbjuds behandling med antikoagulantia.

Tjänstemännen på HSA arbetar nu med en regiongemensam handlingsplan med syfte att bättre förebygga stroke genom att erbjuda antikoagulantibehandling till fler patienter med förmaksflimmer inom regionen. Arbetet har inletts med en kartläggning och analys av nuvarande antikoagulationsbehandling för att identifiera förbättringsområden. Hälso- och sjukvårdsavdelningen samordnar detta uppdrag och återkommer till HSU under hösten 2012 med förslag som kan förbättra kvalitén inom detta område.

**4.4 Hur är kvalitetsuppföljningen för upphandlad sjuktaxi vad gäller förmågan att infinna sig i rätt tid och på rätt plats till beställare? Speciellt i glesbygdsområden har det visat sig att mottagare inte kunnat notera (stava) korrekt till adresser, gårdsnamn mm varför patienter inte kunnat komma i tid till behandlingar. Är upphandlingsunderlagen tillräckligt tydliga med krav på språkkunskaper o lokalkännedom?**

Västtrafik följer det regelverk som Regionen har fattat angående sjukresor. För att säkerställa att det är rätt tid och plats repeteras beställningen för resenären. För att förbättra verksamheten har Västtrafik ständiga kvalitetsuppföljning där man följer upp inkomna synpunkter, går igenom förseningar och enskilda händelser. Vid beställning av resa tas kundens adress via Folk- och bostadsregistret, alternativt från ett kundtillstånd med automatik. Den adressen är koordinatsatt och ingenting som operatören själv skriver in. I trafikavtalet finns krav om GPS. Allt för att säkerställa att adresserna är rätt. De flesta resor går inom eget trafikområde, vilket gör att chaufförerna har en god lokal kännedom. För de chaufförer som utför uppdrag på okänd ort, kan GPS användas. Är något oklart kan de också be trafikledningen om hjälp. När det gäller språkkunskaper så är de reglerade i avtal. Förarna ska minst ha genomgått Svenska B1 samt genomgått en förarcertifiering. Kommer det till Västtrafiks kännedom att en förare inte anses ha tillräckliga kunskaper i svenska språket, har Västtrafik möjlighet att genomföra en test.

#### **5. Arbetsgrupp för hjälpmedel i RPR**

Flera redogjorde för vad arbetsgruppen arbetat med och man kom fram till att gruppen för hjälpmedel i RPR var klar med sitt uppdrag och kanske bör upphöra. Gert-Inge tyckte att en tjänsteman skulle få titta på uppdraget och återkomma om det anses finnas ett behov. Om man anser att gruppen bör finnas kvar önskar hjälpmedelsgruppen en tydlig beskrivning/arbetsordning av uppdraget.

Arbetsgruppen för Läkemedel skall dock finnas kvar men även de önskar en tydlig beskrivning av sitt uppdrag. Svar önskas till nästa möte.

#### **6. Utse representant från RPR till arbetsgrupp ang. den sociala ekonomin i VGR.**

Gunnar Pettersson utsågs att delta i arbetsgruppen från Regionala Pensionärsrådet. Sekreteraren anmäler honom till Bengt Sätterskog.

## 7. Budget

Gert-Inge informerade om budgetläget. Regeringen har fått ett förslag om ett nytt skatteutjämningsystem som troligtvis inte går igenom men om det gör det träder det i kraft 1 januari 2013 och då får regionen 750 miljoner kronor mindre i statsbidrag.

Budgetsnurra kom på tal se bif. budget "Framtidstro och hållbar utveckling" sidan 70.

## 8. Övriga frågor


Fråga från SPRF, Evert Josefsson

Under våren har en av mina grannar drabbats av en blödning på hjärnan och opererats på Sahlgrenska. De anhöriga sliter med att förbättra hennes situation och önskade rehabilitering från Borås. Svaret blev att hon var för gammal. Hon är 72 år. Kan det vara möjligt att man sorterar bort patienter vid så tidigt ålder?

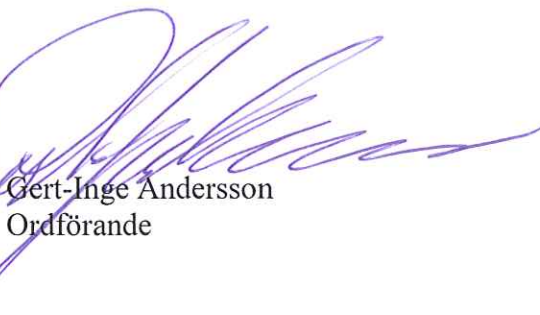
Behoven ska styra den vård du får. Grannen bör vända sig med ärendet till patientnämnden

Nästa möte blir fredagen den 9 november inkl lunch.

Vid anteckningarna



Camilla Tengström  
Sekreterare



Gert-Inge Andersson  
Ordförande