

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## Protokoll

# Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus den 28 januari 2016

Tid: 09.00 – 15.00

Plats: Skaraborgs Sjukhus Skövde

## Närvarande

### Beslutande

Ulla-Britt Hagström, L, ordförande

Johan Ask, S, vice ordförande

Maria Radivoj, S

Christer Ahlén, S

Annika Håkanson, M

Torbjörn Colling, M

Lena Olofsdotter Jenemark, S för Ove Nordström, V

Linnéa Hultmark, C

Bo Bergsten, KD

### Ersättare

Marcus Källander, M

Magnus Gunnarsson, MP

### Justerare

Johan Ask, S

### Datum och ort för justering

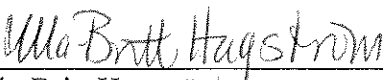
Skövde 2016-01-29

Underskrifter


Sekreterare:

  
Lisbeth Jinnestål Fernow

Ordförande:

  
Ulla-Britt Hagström

Justerare:

  
Johan Ask

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

**Övriga närvarande**


Lars Johansson, sjukhusdirektör  
Jörgen Thorn, sjukhusdirektör fr om 2016-02-01  
Eva Sundström, stf sjukhusdirektör/servicechef  
Marga Brisman, chefläkare  
Christer Printz, chefläkare kl 09.10 - 12.00.  
Jan Nyman, tf kommunikationschef  
Lisbeth Jinnestål Fernow, nämndsekreterare  
Åsa Ranbro Jansson, ekonomichef

*Föredragande*

Lars Johansson, sjukhusdirektör  
Eva Sundström, stf sjukhusdirektör  
Marga Brisman, chefläkare  
Åsa Ranbro Jansson, ekonomichef  
Peder Yderhag, HR-chef  
Hans Halén, verksamhetschef, M4

*Fackliga representanter*

Monica Malmkvist, Kommunal  
Kerstin Forsberg Angshed, Vårdförbundet  
Britt-Marie Hellström, Vision

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

### Anslag/bevis

Protokollet är justerat. Justeringen har gjorts offentlig genom anslag på Västra Götalandsregionens anslagstavla på Regionens Hus på Östergatan i Vänersborg.

Sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus  
Sammanträdesdatum: 2016-01-28

Datum när anslag sätts upp: 2016-02-01

Datum när anslag tas ned: 2016-02-22



Förvaringsplats för protokollet: Skaraborgs Sjukhus Skövde.

Underskrift:



---

Lisbeth Jimmestål Fernow

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## Genomgång av dagens ärenden

Styrelsen samlades kl 09.00. Styrelsemötet började kl 09.10. Gemensamma överläggningar skedde under lunchpaus 12.00 -13.00.

### Godkännande av föredragningslista

Upprop, genomgång av dagens ärenden, föredragningslista och föregående protokoll kl 09.10 - 09.15.

### Beslutssammanträde

Beslut av ärende på föredragningslistan kl. 09.15 - 12.00 och 13.00 - 13.30.

### Mötesuppehåll



Paus 10.00 - 10.15

Lunch 12.00 - 13.00

### Informationsärenden

Föredras kl 13.30 - 15.00.

- A. Redovisning av medarbetarenkäten.  
Peder Yderhag
- B. Uppföljning av uppdrag från styrelsen om vårdplatsutredning.  
Marga Brisman
- C. Information från presidiet.  
Ulla-Britt Hagström, Johan Ask
  - GPS-möten med östra hälso- och sjukvårdsnämnden.
  - Möte kring flyktingfrågan.
  - Studiebesök i köket SkaS Skövde.
  - Besök av KD:s riksdagsgrupp.
  - Konferens i Stockholm kring Göran Stiernstedts delbetänkande
- D. Sjukhusdirektörens information.  
Lars Johansson
  - Förändrat arbetssätt i förvaltning och styrelse från 1 februari 2016.
  - Neurologsituationen.
  - Vårdplatssituationen första veckorna 2016.
  - Sammanfattande intryck av tiden på Skaraborgs Sjukhus.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 1

### Årsredovisning 2015 Skaraborgs Sjukhus

Diarienummer SkaS 20-2015

#### Beslut

1. Godkänna årsredovisning 2015 för Skaraborgs Sjukhus.

#### Sammanfattning av ärendet


Ekonomi och verksamhet i balans har varit i fokus under hela året. Verksamheterna har arbetat med åtgärder för kostnadssänkningar för att möta den ingående ekonomiska obalansen som vid årets ingång bedömdes till cirka -130 miljoner kronor. Tack vara verksamhetens åtgärdsarbete som resulterat i en ekonomisk effekt på cirka +48 miljoner kronor samt på grund av de extra regionala intäkter som erhållits i december landar Skaraborgs Sjukhus (SkaS) resultat för 2015 på -63 miljoner kronor och en budgetavvikelse på -51 miljoner kronor.

Kompetensförsörjningen har varit en annan stor utmaning under året. Bristen på kompetens inom vissa specialiteter och inom vissa personalgrupper, främst läkare och sjuksköterskor, har påverkat ekonomi, arbetsmiljö och tillgänglighet på ett negativt sätt. Många aktiviteter pågår för att bibehålla och rekrytera medarbetare. Positivt är att läkare har kunnat rekryteras, bland annat till barn- och kvinnosjukvården samt vuxenpsykiatrien samt det framgångsrika arbetet med att integrera nyanlända syriska läkare inom ögonsjukvården. Under hösten startades också ett samarbetsprojekt mellan SkaS, Närhälsan, Tandvården, Arbetsförmedling och Migrationsverket för att snabbare fånga upp nyanlända med vårdutbildning.

På grund av kompetensförsörjningsproblemen och därmed svårigheter i bemanning av vårdplatser och mottagningar har tillgängligheten försämrats och antal väntande ökat under årets sista månader då det akuta patientflödet har prioriterats. Försämringen märks både för besök och behandling. Under året har resurser i större utsträckning än tidigare lagts på efterföljande besök, vilket påverkat tillgängligheten till första besök. Under året har ett regiongemensamt arbete för förbättrade ledtider inom cancersjukvården startat.

Ur ett strategiskt och långsiktigt perspektiv för verksamhet och ekonomi i balans har verksamhet och ledning under året arbetat tillsammans inom strategiska fokusområden, bland annat:

- *Produktions- och kapacitetsplanering*
- *Samling kring vården (vårdplatser, bemanning, schemaläggning)*
- *Kompetensförsörjning*
- *Personcentrerad vård*
- *Information, kommunikation, marknadsföring och varumärke*
- *Skaraborgs Sjukhus framtidsbild*

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

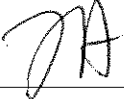



Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

Ett av SkaS största verksamhetsutvecklingsprojekt är kopplat till det omfattande lokalförändringsarbete som pågår och för 2015 främst i Skövde. Exempel på projekt som slutförts under året är färdigställande av den gemensamma mottagningen i Mariestad, nybyggd förlossningsavdelning i Skövde samt det beslut som fattades under året om placering av heldygnsvården för vuxenpsykiatri till Skövde. I samband med detta beslut togs även beslut om att arbeta gemensamt med östra hälso- och sjukvårdsnämnden om utveckling psykiatri och närsjukvård.

**Beslutet skickas till**

- Regionstyrelsen

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 2

### Nytt reglemente för styrelsen Skaraborgs Sjukhus

Diarienummer SkaS 80-2015

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen om nytt reglemente.

#### Sammanfattning av ärendet



Regionfullmäktige fastställde den 24 november 2015 nya reglementen för samtliga nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen, däribland styrelsen för Skaraborgs Sjukhus. Det nya reglementet gäller från och med 1 januari 2016.

Reglementet består av tre delar. Först en allmän beskrivning av verksamhetens styrning och ledning, som ska ses som en läsanvisning. Därefter följer själva reglementet som består av en specifik del (A-delen) som beskriver styrelsen uppgifter och därefter en generell del (B-delen) som innehåller bestämmelser som gäller för samtliga nämnder och styrelser.

#### Förändringar i förhållande till det gamla reglementet

I jämförelse med det gamla reglementet kan följande förändringar noteras:

- Det nya reglementet reglerar hur strukturella förändringar i utbudspunkter ska hanteras (del A 4 §).
- Styrelsens sammansättning och mandattid anges inte i det nya reglementet, istället hänvisas till regionfullmäktiges beslut i frågan (del B 15 § och 17 §).
- Ordförandens uppgifter har preciserats (del B 9-11 § samt 16 §).
- För varje mandatperiod ska styrelsen fastställa en instruktion till förvaltningschefen (del A 7 §).
- Enligt det gamla reglementet undertecknades styrelsens handlingar av ordföranden och kontrasignerades av styrelsens sekreterare. Enligt det nya reglementet kontrasignerades handlingar av förvaltningschefen (del B 24 §).
- Det formella kravet att styrelsen ska anta en arbetsordning med kompletterande bestämmelser om styrelsens egna arbetsformer har tagits bort. Det nya reglementet är istället mer detaljerat när det gäller formerna för styrelsens arbete.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

### § 3

## Ny firmatecknare för Skaraborgs Sjukhus

Diarienummer SkaS 80-2015

### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus utser från och med 1 februari 2016 sjukhusdirektör Jörgen Thorn till firmatecknare och stf sjukhusdirektör Eva Sundström och ekonomichef Åsa Ranbro Jansson till ersättande firmatecknare; dessa personer tecknar firma var för sig.

### Sammanfattning av ärendet

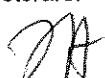

I styrelsens instruktion till sjukhusdirektören anges att sjukhusdirektören är firmatecknare. Vissa institutioner kräver av förvaltningen att den dessutom på personnivå årligen ska precisera vem som fullgör uppdraget. Detta behövs främst av ekonomiadministrativa skäl.

För Skaraborgs Sjukhus utses följande personer fullgöra uppdraget att vara firmatecknare var för sig:

- sjukhusdirektör Jörgen Thorn, 650512-5176
- stf sjukhusdirektör Eva Sundström, 511127-5987, ersättande firmatecknare
- ekonomichef Åsa Ranbro Jansson, 691110-4088, ersättande firmatecknare

### Beslutet skickas till

- Ledningsgruppen Skaraborgs Sjukhus

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 4

### Verksamhetsanpassad bemanning – revisionsrapport

Diarienummer SkaS 20-2015, Rev 29-2015

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) ser positivt på den genomförda granskningen och delar slutsatserna i rapporten om att schemaläggningen bör åtgärdas.
2. Styrelsen för SkaS ger sjukhusdirektören i uppdrag att genomföra de åtgärder som beskrivs i revisionsrapporten kring styrning och uppföljning samt stöd till chefer kring förändring av läkares schemaläggning.
3. Styrelsen för SkaS ger sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram en handlingsplan kring förändring av schemaläggning av läkare och i detta arbete inhämta synpunkter från andra berörda förvaltningar kring frågan.
4. Uppföljning av uppdragen sker vid styrelsens möte i oktober 2016.

#### Sammanfattning av ärendet

De förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) har lämnat ett uppdrag till EY med frågeställningen om styrelsen säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen. Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare och syftar till att granska den övergripande styrningen inom området. I rapporten framkommer att sjukhusledningarna ser en potential i angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsaker till att detta inte är genomfört förklaras med bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning.



Enligt bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Detta eftersom planering av läkare och annan vårdpersonal är centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Granskningen visar att i nuvarande viljeinriktning har HR-organisationerna inom koncernkansliet och vid sjukhusen en central roll i genomförandet, men bedöms i rapporten inte ger tillräckligt med genomförandekraft. Arbetet bör enligt revisionens bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

#### Handlingsplan för schemaläggning av läkare

Inom SkaS finns uppdrag inom fokusgrupperna för produktions och kapacitetsplanering, kompetensförsörjning, samling kring vården och personcentrerad vård som angränsar till frågan om schemaläggning av personal. Dessa grupper får tillsammans uppdrag att ta fram detaljerad handlingsplan för att säkra styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. Ansvarig utses inom fokusgruppen för produktions och kapacitetsplanering. Den detaljerade handlingsplanen med tidsättning av de olika aktiviteterna ska genomföras och rapporteras löpande och en delrapportering av effekterna lämnas till styrelsen i oktober.

#### Beslutet skickas till

- Revisionsenheten

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 5

### Förlängning av avtal laboriemedicin

Diarienummer SkaS 56-2016

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus föreslår att förlänga nuvarande avtal med Unilabs AB för laboriemedicinska tjänster med 36 månader.
2. Det nya avtalet får en avtalstid från den 1 februari 2017 till den 31 januari 2020.
3. Skaraborgs Sjukhus deltar i regionala samordningsarbetet inom laboriemedicin och ansvarar för samordning med Unilabs AB för de laboriefunktioner som berör delar eller hela Västra Götalandsregionen.

#### Bakgrund

År 2012 gjordes en förnyad upphandling för Laborietjänster för Skaraborgs Sjukhus (SkaS). Sedan 1992 har laborieverksamheten varit upphandlad för SkaS. Upphandlingens syfte har varit att ge SkaS en effektiv och rationell laboriefunktion som tillgodoser sjukhusets behov av laboriemedicinsk kompetens, analys svar för diagnostik samt säkerställande av blodförsörjning. I detta arbete ingår att delta i sjukhusets utveckling av den medicinska verksamheten, patientprocesserna och kontinuerligt förbättra och förnya analysmetoder. Avtalet som upphandlades mellan SkaS och Unilabs AB gäller från och med 1 februari 2012 till och med 31 januari 2017 med möjlighet till förlängning under 36 månader

### Nuvarande avtal - omfattning

#### Uppdraget



Uppdraget avser laborieverksamhet inom specialiteterna klinisk kemi, transfusionsmedicin, klinisk mikrobiologi, klinisk immunologi, klinisk genetik, klinisk cytologi och klinisk patologi inklusive obduktion samt bårhusverksamhet. Laboriefunktionen skall vara en väl integrerad del i sjukvården.

#### Tillgänglighet

Tillgänglighet omfattar alla moment i laborieprocessen. Alla moment skall anpassas till en effektiv och säker patientprocess. Kraven på tillgänglighet kan komma att förändras i samband med utveckling av verksamheten och beslutas i samråd.

#### Kundservice

Kundservice skall finnas för respektive specialitet med uppgift att ge råd och stöd för till exempel provtagning, svarstider, preliminära svar mm samt ha ett informationsansvar för ny metodik/nya analyser. Kundservice skall vara tillgänglig enligt överenskommelse med Beställaren och kan vara olika för respektive specialitet samt vid behov kunna ge fördjupad medicinsk konsultation.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

### **Patientnära analyser**

Förekomsten av patientnära analyser styrs av utvecklingen i patientprocesserna. Volymerna kan inte bestämmas på förhand. De patientnära analyserna kan komma att utföras av Leverantören eller i egen regi. Leverantören skall följa eventuella regionala beslut angående införande av elektroniskt övervakningssystem av PNA-utrustning.

### **Bårhusverksamhet**

Leverantören skall svara för bårhusverksamheten (cirka 1200 avlidna/år) vid SkaS Skövde.

### **Analyssortiment**

Vid avtalsstart skall nuvarande analyssortiment för SkaS användas och bibehållas så länge parterna anser det förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet.

### **Kommunikationssystem**

Leverantören skall använda sig av IT-system som är anpassade till de system som Beställaren använder för kommunikation av remisser och svar samt övrig kommunikation. Alla förändringar i Leverantörens IT-system skall samordnas med Beställarens IT-struktur. Då Leverantören genomför förändringar i sitt IT-system som medför kostnader för Beställaren skall Leverantören stå för dessa.

### **Kunskapsöverföring**

Leverantören skall tillse att laboratorierna bidrar till kunskapsöverföring genom att regelbundet anordna kliniska konferenser/sammankomster som skall präglas av interaktion och dialog. Leverantörens instruktörer skall bidra till kunskaps- och informationsöverföring bland annat genom att anordna utbildningar, studiebesök samt ha regelbundna kontakter med Beställarens verksamhet.

### **Samrådsorganisation**

För handläggning av ärenden inom avtalets ram skall en samrådsorganisation bildas i samband med avtalets start. Beställaren utformar en samrådsorganisation.

### **Utvecklingsprojekt**


Leverantören skall tillse att laboratoriet fullföljer pågående projekt och i övrigt delta i projekt där kvalitetshöjning kan ske i Beställarens verksamhet. Parterna kan var för sig initiera olika projekt inom ramen för avtalet.

### **Regionalt samarbete**

Västra Götalandsregionen har ett övergripande planeringsansvar för hälso- och sjukvården i upptagningsområdet. Leverantören skall vara införstådd med att laboratorieverksamheten ingår i Västra Götalandsregionens planeringsansvar.

### **Ersättningsmodell**

Ersättningsmodellen för avtalet utgår från beräknad totalkostnad för avtalet vid avtalsstart. Beställaren skall betala 40 procent av totalkostnaden som en fast del månadsvis i efterskott. Denna del av totalkostnaden är en fast ersättning och benämns "Sjukhusavtal".

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



Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

Sjukhusavtalet omfattar till exempel att bedriva laboratoriemedicin 24 timmar, 365 dagar om året, ansvar för akutsvar i den omfattning som är överenskommet, medverka i utveckling och kvalitetssäkring av patientnära analyser, medverka i process- och förbättringsarbeten på sjukhuset. Avtalat analyspris reduceras därefter med 40 procent och blir det analyspris som faktureras och benämns "SkaS analyspris".

**Ekonomisk ersättning under avtalsperioden**

Ersättningen från avtalsstart 2012 gjorde att laboratoriekostnaderna sänktes med 15 procent jämfört med tidigare avtal. Den kostnadsökning som ses för hela avtalet är kopplat till ökade analysvolymerna och analysmix. Den totala ersättningen till Unilabs AB från januari till och med 30 november 2015 var cirka 98 miljoner.

**Synpunkter på nuvarande avtal**

Under våren 2015 har samtliga verksamhetschefer och processchefer fått möjligheter att ge sina synpunkter på avtalet. I huvudsak är verksamheten positiv till leverantören och de få synpunkter som kom fram har hanterats inom nuvarande samverkansfunktion. Kvarstående punkter gäller till exempel IT-struktur vilket lämnas över till Västra Götalandsregionens ISIT verksamhet.

**Förändringar och utvecklingsområden**

**I nuvarande avtal**

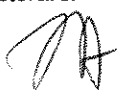
En regelbunden dialog sker mellan SkaS och Unilabs avseende förbättringsområden, nya analyser, analyser som ska avvecklas. Exempelvis träffas representanter mellan SkaS och Unilabs regelbundet inom följande ämnesområden

- Klinisk kemi
- Mikrobiologi
- Patologi/cytologi
- Transfusionsmedicin
- Biobanker

**Utveckling inom Västra Götalandsregionen**

Inom Västra Götalandsregionen finns sedan något år ett diagnostikråd som handlägger frågor inom bland annat laboratoriemedicin. I diagnostikrådet ingår SkaS och företräds av förvaltningsrepresentant.

I diagnostikrådets uppdrag ingår att arbeta för en samordning och effektivisering inom diagnostikområdet och i detta utvecklingsarbete kommer eventuellt områden som ingår i laboratoriemedicinska avtalet att påverkas. Exempel på ett sådant utvecklingsområde är införande av digital patologi. Då det är viktigt att utvecklingen sker utifrån ett regionalt perspektiv oavsett organisation företräds SkaS i dessa sammanhang av förvaltningsrepresentant men kan ta expertkompetens till hjälp via avtalet kring laboratoriemedicin.

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





Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

### **Genetik**

Utvecklingen inom området för genetik sker främst på regionvårdsnivå. Här är det värdefullt att vårdprocesserna inom SkaS kan få tillgång till denna analysfunktion. I diskussionen kring förlängning av avtalet kommer förslag lämnas om att diagnostik inom genetikområdet överförs till SU.

### **Beredning**

Information lämnad på regionalt diagnostikråd och till ägarutskottet i januari 2016.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 6

### Serviceöverenskommelse 2016 mellan Skaraborgs Sjukhus och servicenämnden

Diarienummer SkaS 228-2015

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus godkänner serviceöverenskommelsen 2016 med servicenämnden.
2. Ersättningsnivån för serviceöverenskommelsen är justerad enligt RS 3792-2014 uppgår för år 2016 till 142 818 tkr och i detta finns bedömd nivå för styckeavrop till 5 255 tkr.
3. Serviceöverenskommelsen är justerad med 2016 års bedömda tillkommande kostnad med hänsyn till regionfullmäktiges beslut om nya städdriktlinjer RS 2795 – 2012.

#### Sammanfattning av ärendet

Serviceöverenskommelsen är ett avtal mellan servicenämnden och Skaraborgs Sjukhus om de tjänster Regionservice ska leverera till förvaltningen inklusive uppskattade volymer och kostnad. Serviceöverenskommelsen omfattar både de tjänster Regionservice levererar i egen regi och de tjänster som har upphandlats av Regionservice. Till grund för serviceöverenskommelsen ligger den styrmodell för servicesamspelet som beslutades av regionfullmäktige 2014.

Tjänsterna är indelade i två grupper, ägarstyrda tjänster och kundstyrda tjänster. Vad gäller för kundstyrda tjänster finns det också möjlighet att utöka dessa med tilläggstjänster.



#### Ersättningsnivå

Ersättningsnivån för 2016 uppgår till för:

- Ägarstyrda tjänster - fast belopp 51 809 tkr
- Kundstyrda tjänster - med intervall 84 895 tkr
  - 2 486 tkr avser utökad städning med anledning av nya städdriktlinjer
- Tilläggstjänster - fast belopp 860 tkr
- Kundstyrda tjänster med styckeavrop 5 255 tkr

#### Beslutet skickas till

- Servicenämnden

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 7

### Hemställen om regiongemensam produktionsstyrning – höft- och knäledsprotoser, Skaraborgs Sjukhus Lidköping

Diarienummer SkaS 84-2014

#### Beslut

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) föreslår regionstyrelsen besluta:

1. Fastställa reviderad volym för SkaS knä- och höftledsplastiker år 2018 till 1 300 akuta och planerade, varav ca 960 operationer ska genomföras vid SkaS Lidköping.
2. Utveckla system för patientflöden och fördelning av remisser avseende ledplastiker.
3. Långsiktig finansiering för den utökade ledplastikverksamheten på SkaS Lidköping fastställs.
4. Ersättning för kostnader i samband med uppstart av verksamheten (projektledning, personalmedverkan med mera) begärs hos regionstyrelsen med ett belopp av 2 500 tkr.



#### Sammanfattning av ärendet

Variationer i tillgänglighet och kvalitet mellan regionens sjukhus och den prognostiserade demografiska utvecklingen innebär stora utmaningar som kräver att regionens samtliga sjukhus ses som en samlad resurs. Syftet är att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten, ge en likvärdig och jämlik vård och att inom befintliga resurser öka volymen inom berörda diagnosområden.

Regionstyrelsen ställde sig i december 2013 bakom principförslaget "Regiongemensam produktionsstyrning – mer och bättre vård med mer gemensam styrning." I förslaget föreslås SkaS Lidköping bli ett högvolymcentrum för ledplastiker. SkaS har nu genom en förstudie och riskanalyser noggrant bedömt förutsättningarna för genomförandet. Ett fortsatt arbete kräver att förutsättningarna kring volymer, patientflöden och finansiering fastställs av regionstyrelsen. SkaS äskar också medel för de kostnader som uppkommer i samband med uppbyggnaden av verksamheten.

#### Volym

Valentinerapportens prognos på förväntat behov av knä- och höftledsplastiker år 2020 i VGR var 5800 operationer. Efter genomgång av verkliga volymer till och med år 2015 bedömer SkaS att det totala behovet kommer att stanna på ca 5 400 akuta och planerade ledplastikoperationer. Efter diskussioner med koncernkontoret föreslår styrelsen för SkaS att SkaS totalt ska göra 1 300 ledplastiker varav ca 960, istället för 1 600, vid SkaS Lidköping.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

#### **Fördelning av remisser, patientflöden**

Regionen behöver utveckla och fatta beslut om ett system för styrning av patientflöden för att säkra att det finns patienter att operera vid SkaS Lidköping. För att styra patientflöden krävs en standardiserad process och ett standardiserat remissförfarande.

#### **Finansiering**



För att SkaS ska kunna ta på sig ett så viktigt utökat uppdrag krävs en långsiktig hållbar finansiering.

#### **Uppstartskostnader**

För att kunna starta upp verksamheten 2018 krävs ersättning för vissa uppstartskostnader. Det gäller projektledning, läkarmedverkan, medverkan av övrig personal, rekryteringskostnader, utveckling av ledplastikprocessen och utveckling av forskningsplattform. Dessa kostnader uppskattas till 2 500 tkr.

#### **Beslutet skickas till**

- Regionstyrelsen

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 8

### Uppföljning internkontroll

Diarienummer SkaS 20-2015

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus fastställer uppföljningsplan för 2016.

### Sammanfattning av ärendet



Den 3 december 2015 fastställde styrelsen en plan för intern kontroll under 2016 och gav sjukhusdirektören i uppdrag att ta fram en uppföljningsplan.

Många av kontrollerna inom ramen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) internkontroll rör fokusområden och prioriterade aktiviteter i SkaS verksamhetsplan för 2016. För att undvika dubbelarbete föreslås att uppföljning enligt plan för intern kontroll så långt som möjligt samordnas med uppföljningen av verksamhetsplanen. Eftersom formerna för uppföljningen av verksamhetsplanen inte är helt klara ännu anges i uppföljningsplanen *enligt uppföljning av verksamhetsplanen* för aktuella kontrollområden. I övrigt sker rapportering till förvaltningschefen senast den sista dagen i den månad som anges i uppföljningsplanen.

Rapportering av genomförda kontroller görs skriftligen till förvaltningschefen. Enligt SkaS riktlinje för intern kontroll (SkaS 262-2011) ansvarar förvaltningschefen för att löpande rapportera till styrelsen hur arbetet med den interna kontrollen fungerar. Av internkontrollplanen framgår vem som ansvarar för att respektive kontroll genomförs och rapporteras. Petter Hjalmarsson på administrativa enheten är administrativt stöd vid uppföljningen.

#### Beslutet skickas till

- Uppföljningsansvariga för genomförande

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 9

### Uppdrag utveckling psykiatri och närsjukvård

Diarienummer SkaS 238-2013

#### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus noterar informationen kring uppdraget för utveckling psykiatri och närsjukvård.

#### Sammanfattning av ärendet

I samband med vårens utredning och beslut kring förändrad placering för heldygnsvård vuxenpsykiatri Skaraborg konstaterades att det behövs en omstart på området specialistpsykiatri, både vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Då vården behöver beskrivas och utvecklas på alla vårdnivåer utvecklades uppdraget till att även omfatta närsjukvården. Uppdraget benämndes ”Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet”. Arbetet har gjorts tillsammans mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Följande utgångspunkter för arbetet togs upp på politiska styrgruppen i december:

#### Utgångspunkter för Närsjukvårdscentrum Skaraborg

##### *Närsjukvårdscentra Mariestad*



- Närsjukvårdsteam
  - Möjlighet till inläggning
- Palliativt team
- Återupprättning 48/72 tim
- Avdelning
- Gemensam mottagning

##### *Närsjukvårdscentra Falköping*

- Närsjukvårdsteam
  - Möjlighet till inläggning
- Palliativt team
- Återupprättning 48/72 tim
- Avdelning
- Mottagning/Dagvård

##### *Närsjukvårdscentra Lidköping*

- Närsjukvårdsteam – möjlighet till inläggning
- Palliativt team – möjlighet till inläggning
- Avdelning
- Återupprättning 48/72 tim
- Omsorgscoordinator utifrån regionens akutvårdssatsning

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

*Närsjukvårdscentra Skövde*

- Närsjukvårdsteam
- Palliativt team
- Palliativ avdelning
- Återupprigning 48/72 tim
- Omsorgs koordinatör på akutmottagning utifrån regionens akutvårdssatsning – tillträde januari 2015

För samordning av närsjukvårdverksamheterna har det utsetts tre operativa ledningsgrupper där ordförandeskapet leds av tre vård- och omsorgschefer eller motsvarande befattningar inom kommunerna. Inom Skaraborgs Sjukhus finns det fokusgrupper för psykiatri och för närsjukvård – förslag har tagits fram att dessa arbetsgrupper slås samman för en ökad samverkan av verksamheterna.



**Utgångspunkter för utveckling psykiatri Skaraborg**

Utvecklingen av den psykiatriska verksamheten sker inom två huvudområden:

- Intern utveckling av specialistpsykiatri utifrån lokalt utvecklingsarbete och anpassning av den regionala utvecklingsplanen (RUP).
- Utvecklade vårdssamverkan med Närsjukvård, palliativ vård och psykiatri.

En rapportering kommer att ske på nästa möte med styrgruppen bland annat inom följande områden utifrån de frågor som togs upp på mötet:

- Andel vårdplatser inom specialistpsykiatri.
- Mobila teamens arbetsområde – kan resurserna samordnas med kommunerna och primärvården.
- Personalomsättning inom psykiatri.
- Tidsplan för det fortsatta arbetet.
- Andra områden där ytterligare samverkan kan ske exempelvis med övriga verksamheter inom VGR och annan kommunal verksamhet.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 10

### Konsekvensanalys vårdöverenskommelse (VÖK) 2016 för Skaraborgs Sjukhus och åtgärder för ekonomi i balans

Diarienummer SkaS 228-2015

#### Beslut



Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) beslutar att åtgärder vidtas med fokus på en långsiktigt hållbar ekonomi och verksamhet:

1. Kostnadsminskningar 2016 vidtas i enlighet med verksamhetschefernas inlämnade åtgärdsplaner. Summa 30 miljoner kronor.
2. Förändring i vårdplatsstruktur och ambulansverksamhet genomförs i enlighet med styrelsens beslut utifrån pågående utredningsuppdrag.
3. Utredning startas omgående med fokus på långsiktiga förändringar för en ekonomi och verksamhet i balans. Arbetet omfattar följande områden:
  - a. *Struktur för den akuta och planerade länssjukvården*
  - b. *Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna*
  - c. *Resurser och struktur*
  - d. *Kompetensförsörjning*
4. Åtgärder enligt ovan redovisas månadsvis på ordinarie styrelsemöte. Utredning enligt punkt 3 a-e redovisas på styrelsemöte 2016-04-25 med förslag till beslut utifrån långsiktigt hållbar ekonomi och verksamhet.
5. Beslutet tillställs regionfullmäktige.

#### Sammanfattning av ärendet

Styrelsen för SkaS beslutade den 29 oktober 2015 att en risk- och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdrag. Den 27 november 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med SkaS 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Ett analysarbete har genomförts i samverkan mellan presidierna för SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden och tjänstemän från SkaS med stöd från koncernkontoret. Som grund för arbetet finns en uppdragshandling som är framtagen av presidierna tillsammans. Arbetet har bland annat resulterat i förslag till fortsatt beredning av åtgärder på längre sikt, 2017-2025. Den ersättning som SkaS erhåller via vårdöverenskommelsen bedöms inte kunna täcka de beräknade kostnadsökningarna under kommande år. Åtgärdsplaner är framtagna i verksamheten men får inte tillräcklig

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

## Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

ekonomisk effekt. För 2016-2020 är bedömningen att fortsatta förändrade förutsättningar och kostnadsökningar kräver åtgärder i stor omfattning, totalt cirka 400 miljoner kronor.

**Pågående åtgärder**

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 miljoner kronor. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt av de ytterligare åtgärderna enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 miljoner kronor. Åtgärdsplanerna består av ett flertal olika aktiviteter, som exempel kan nämnas:

- Förändrade arbetssätt och förbättrad schemaläggning/planering leder till minskat bemanningsbehov och minskad övertid.
- Vakanshållning av tjänster.
- Revidering av arbetstidsmodeller, poängmodeller.
- Bemanningföretag ersätts med anställd personal.
- Sammanslagning och/eller utökad samordning av verksamheter.
- Utökade regionala uppdrag där ledig kapacitet finns, till exempel koloskopier.
- Åtgärder för minskade läkemedelskostnader, i samarbete med apotekare.
- Minskad kostnad för utbildning, kurser och konferenser.
- Minskade kostnader för rekrytering (annonsering).



Under hösten 2014 gav SkaS styrelse verksamheten i uppdrag att utreda vårdplatsstruktur samt ambulansorganisation och verksamhet i syfte att ta fram underlag för beslut om optimalt utnyttjande av SkaS resurser. Utredningarna pågår och redovisas inom kort för SkaS styrelse med förslag till beslut om förändringar.

**Inriktning för arbete med åtgärder på längre sikt**

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 beräknas till cirka 50 miljoner kronor. Enligt regionstyrelsens förslag till regionfullmäktiges beslut erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 miljoner kronor. Åtgärder behöver dock vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS. De områden som föreslås utredas vidare är:

**Struktur för den akuta och planerade länssjukvården**

För att ta fram åtgärder på sikt och därmed komma i balans krävs att beslut fattas kring vilken specialistvårdstruktur som ska utvecklas inom SkaS upptagningsområde. Idag finns beslut kring framtidens hälso- och sjukvård. Där beskrivs hur vårdnivån ska utvecklas men den behöver kompletteras med politiskt beslut kring specialiserad akutsjukvård. Områden som behöver genomföras alternativt utredas:

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

- Genomföra nivågrupperingen enligt utredningen ”Framtidens hälso- och sjukvård”.
- Utredning och beslut för strukturen för akutsjukvården på SkaS.
- Jourcentraler – placering på sjukhusorter.
- Optimering av vårdplatsstrukturen på SkaS.

#### ***Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna***

Inom Skaraborg finns en väl fungerande struktur för vårdsamverkan och närsjukvård. I de utredningar som nu presenteras på nationell nivå beskrivs ytterligare samarbete med den kommunala vården. Här skulle Skaraborg kunna bli en pilot i detta arbete, till exempel:

- Utred samarbete med kommunerna om heldygnsvård.
- Utred konsultationsstöd för kommunala korttidsplatser.
- Utveckla specialiserad närsjukvård utifrån vårdsamverkans perspektiv geriatrik-/palliativ-/psykiatrisk-/barn- och ungdomsvård.

#### ***Resurser och struktur***

Inom Västra Götalandsregionen finns politiska beslut kring hur produktionsplanering och -styrning ska kunna utvecklas på regionnivå. Det innebär att åtgärder och behandlingar koncentreras till olika delar av regionen. Dessa beslut kräver ibland förändringar och medför kostnader som inte ryms inom nuvarande ersättningsutrymme. Den politiskt beslutade strukturen är inte alltid den mest kostnadseffektiva men av andra skäl ska den utvecklas och bör då även vara finansierad.

- Produktionsplanering -/styrning samt dess ersättningsmodell.
- Struktur – politisk beslutad och finansierad.



#### ***Kompetensförsörjning***

Sjukhusets viktigaste resurser är dess medarbetare. Men det finns många bristområden och stor konkurrens med andra vårdaktörer. Kompetensbrister har bland annat lösts med bemanningsföretag, extra arbetspass och övertid vilket påverkar ekonomi och arbetsmiljö på ett negativt sätt. Att utveckla servicetjänster och uppgiftsväxling skulle kunna vara en möjlighet att utnyttja kompetensen på ett effektivt sätt. Exempel på områden som behöver utvecklas:

- Uppgiftsväxling.
- Servicepersonal.
- Administrativa stödfunktioner, minskad dubbeldokumentation.
- Chefsutveckling.

#### ***Arbetsmodeller***

Utredningar har visat att vårdens arbetsmodeller inte förändrats fastän medicinsk och teknisk utveckling ger helt andra förutsättningar och möjligheter. Dagens utbildningar har annat fokus än tidigare och vårdens processer utvecklas mot kortare vårdtider och mer egenvård. Bemanningen behöver anpassas till tider då de största patientflödena finns över hela dygnet och alla årstider. Exempel på områden som behöver utvecklas:

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

- Personcentrerad vård (framtidens vårdavdelning)
- Verksamhetsanpassad bemanning, bland annat
  - Bemanning över större organisatoriska områden
  - Fasta scheman
  - Stärkt styrning av läkares schemaläggning

För samtliga områden bör en snabb genomgång/förstudie göras för att få fram beslutsunderlag för det fortsatta arbetet. Inom flera av områdena finns redan pågående regionala uppdrag.

### Beredning

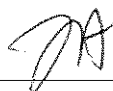
Information om ärendet har skett på MBL 2016-12-22, 2016-01-12, förhandling 2016-01-26. Politisk beredning av underlag och förslag till åtgärder har skett gemensamt med presidiet för SkaS styrelse och presidiet för östra hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-01-18. Information i SkaS ledningsgrupp 2016-01-19.

### Bilagor § 10

- a. Uppdragshandling - Risk- och konsekvensanalys styrelsen SkaS  
Diarienummer SkaS 228-2015
- b. Risk- och konsekvensrapport SkaS
- c. Delrapport - Beskrivning av SkaS ekonomiska läge
- d. Delrapport - Produktion SkaS
- e. Delrapport - Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskommelse 2015 inför risk- och konsekvensanalys SkaS
- f. Delrapport HR

### Beslutet skickas till

- Östra hälso- och sjukvårdsnämnden
- Regionstyrelsen
- Regionfullmäktige

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 11

### Status för sommarplanering 2016

Diarienummer SkaS 50-2016



#### Beslut

1. Styrelsen godkänner informationen som kommer att delges fortlöpande.

#### Sammanfattning av ärendet

Sommarplaneringen vid Skaraborgs Sjukhus har påbörjats. Arbetssättet är samma som tidigare år med en sommargrupp med deltagare från alla verksamheter, HR och chefläkarfunktionen.

Planering och arbete för sommaren 2016 baserar sig på erfarenheterna från sommaren 2015 och de förslag som utvärderingsgruppen tagit fram. Arbetet med risk- och konsekvensanalys för sommaren 2016 har startat.

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

## § 12

### Uppdrag optimering av ambulansverksamhet

Diarienummer SkaS 233-2014

#### Beslut

1. Styrelsen godkänner avrapportering av uppdraget ambulansoptimering med alternativet inriktningsbeslut inre effektivisering.

#### Sammanfattning av ärendet

Vid ett extra styrelsemöte i augusti 2015 presenterades förslag till strukturella åtgärder som behöver belysas vidare. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus gav sjukhusdirektören i uppdrag att utreda optimering av ambulansverksamheten i Skaraborg.



Utredningen har visat på två alternativ:

- Struktureffektivisering
- Inre effektivisering

I båda alternativen påvisas en kostnadssänkning med cirka 5 miljoner kronor. Förslaget om inre effektivisering förordas av verksamhetschef då det ger en möjlighet till större flexibilitet och att på daglig basis optimera antalet resurser.

#### Beslutet skickas till

- Verksamhetschef Hans Halén

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

Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

### § 13

## Anmälning- och delegationsärenden


Diarienummer SkaS 1-2016

### Beslut

1. Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutar lägga anmälning-ärendena till handlingarna.

### Sammanfattning av ärendet

Anmälning- listan var utsänd inför mötet och handlingarna fanns att tillgå i sammanträdeslokalen.

Justare: 	Justare: UBH	Justare:	Rätt utdraget intygar:
---	-----------------	----------	------------------------




Protokoll från sjukhusstyrelsen Skaraborgs Sjukhus 2016-01-28

**§ 14**

**Övriga frågor**

Mötet avslutas med att ordförande och vice ordförande avtackar avgående sjukhusdirektör Lars Johansson och välkomnar Jörgen Thorn som tillträder som ny sjukhusdirektör den 1 februari 2016.

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

### Uppdragshandling

Datum 2015-12-21, rev 12-09, 12-14

Diarienummer SkaS 228-2015

HSNÖ 2015-00320

## Risk- och konsekvensanalys för Skaraborgs Sjukhus

### Uppdragsgivare:

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus.

Styrelsen har 2015-10-09 delegerat till presidiet att tillsammans med östra hälso- och sjukvårdsnämnden ta fram uppdragsbeskrivning.

### Uppdragstagare:

Eva Sundström, stf sjukhusdirektör Skaraborgs Sjukhus i samarbete med och Agneta Nilsson Hörnlund, processansvarig östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

### Syfte med uppdraget

Styrelsen har 2015-10-29 beslutat att en risk- och konsekvensanalys ska göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker Skaraborgs sjukhus kostnader för ingående uppdrag.

Analysen ska göras på ett sådant sätt att den ger underlag för förslag till åtgärder för att nå en verksamhet i balans under 2016. Analysen ska även kunna ligga till grund för att diskutera åtgärder på längre sikt. Det material som kommer fram genom detta uppdrag kan därför leda till att fördjupade analyser behöver göras.

Styrelsens uppdrag överensstämmer väl med det uppdrag som regionfullmäktige, RF, lämnat 2015-11-24 där RF uppdrar till sjukhusstyrelserna att ta fram och sedan fastställa åtgärder för ekonomisk balans 2016 senast i januari 2016.

### Uppdragsbeskrivning

Uppdraget innehåller följande delar:

#### Beskrivning av nuläget 2015

- Kartläggning av nuläget 2015 för Skaraborgs sjukhus utifrån reglemente, RF:s budget och vårdöverenskommelsen. Var finns det brister? Vilka mål klaras inte? Vilka krav uppfylls inte? Gör denna analys utifrån alla relevanta perspektiv (produktion, ekonomi, HR, patientsäkerhet, kvalitet, tillgänglighet etc.).
- Kostnadsnivån inom Skaraborgs Sjukhus ligger de senaste åren över erhållet index i vårdöverenskommelsen och leder till att balanskravet i regionfullmäktiges budget och vårdöverenskommelsen 2015 inte uppnås.

- Finns det några kostnadsslag som är särskilt intressanta, t ex där Skaraborgs sjukhus skiljer sig från övriga sjukhus? Är det några kostnadsslag som är av särskild betydelse att komma till rätta med?
- En åtgärdsplan finns för att sänka kostnader för 2015, vad ger de åtgärderna för effekt 2016 och framåt?
- Vilka utredningar/översyner pågår inom Skaraborgs sjukhus som kan bidra med underlag till uppdragets genomförande

#### Krav inför 2016

- Kartläggning av mål och krav på verksamheten inför 2016 utifrån nytt reglemente, RF:s budget 2016 och vårdöverenskommelsen 2016 utifrån relevanta perspektiv.

#### Basnivå i vårdöverenskommelser 2015/2016

- Gör utifrån ovanstående punkter en enkel beskrivning för att hitta en *basnivå* för verksamheten.
- Utifrån basnivån, identifiera om Skaraborgs Sjukhus eventuellt bedriver någon verksamhet utöver detta.

#### Risakanalys

- Redovisa vilka risker som finns 2016 utifrån befintlig överenskommelse/tillgängliga resurser. Utgångspunkten är att Skaraborgs sjukhus ska klara basnivån utifrån vårdöverenskommelse. Bedöm utifrån relevanta perspektiv.
- Bedöm sannolikhet och konsekvens för varje framtagen risk.

#### Konsekvensanalys

- Vad blir konsekvenserna för Skaraborgs sjukhus som helhet om riskerna inte omhändertas/ om verksamheten löper vidare som 2015?

#### Förslag till åtgärder (ska göras utifrån framtagen risk- och konsekvensanalys)

Möjliga frågor att ställa (beroende på vad som kommer fram i risk- och konsekvensanalysen)

- Finns områden där verksamheten kan förändras för att nå högre effektivitet/ lägre kostnader
- Finns områden där Skaraborgs sjukhus kan få ytterligare intäkter?
- Finns områden där kraven på Skaraborgs sjukhus kan sänkas?

Separata riskanalyser görs för förslag till åtgärder.

#### Uppföljningsplan

Tas fram i anslutning till att beslut om åtgärder fattas.

#### **Bakgrund**

Kostnadsnivån inom Skaraborgs Sjukhus ligger de senaste åren över erhållit index i vårdöverenskommelsen. Åtgärdsplaner är framtagna men får inte tillräcklig effekt. Bedömningen är även att kommande år kostnadsökningar inte kommer att täckas av den ersättning som finns i överenskommelserna. För 2015 bedöms budgetavvikelsen uppgå till -70 mnkr. För 2016-2020 är bedömningen att ytterligare kostnadssänkning behöver göras.

UBH *dy*

Den 27 november 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med Skaraborgs Sjukhus 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus beslutade den 29 oktober 2015 att en risk och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag.

### **Arbetsorganisation**

Styrgrupp: Presidierna för östra hälso- och sjukvårdsnämnden respektive styrelsen för Skaraborgs Sjukhus.

Arbetsgrupp: Eva Sundström, stf sjukhusdirektör Skaraborgs Sjukhus, Agneta Nilsson Hörnlund, processansvarig östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Metodstöd. Koncernkontoret, Christina Karlsson/Levi Siljemyr. Ytterligare stöd från Koncernkontoret kan tillkomma.

Referensgrupp: Dialoggruppen för vårdöverenskommelse

### **Samband och gränsdragning till andra uppdrag och pågående arbete**

Regionfullmäktige uppdrog, den 24 november i samband med beslutet kring delårsrapport augusti, till styrelserna för sjukhusen att i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna ta fram åtgärdsplaner inför 2016 som säkerställer ekonomisk balans.

Presidierna för östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus har därefter beslutat att båda delarna hanteras gemensamt.

### **Kommunikation**

En kommunikationsplan tas fram för arbetet med risk och konsekvensanalys.

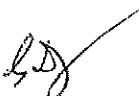
Facklig information och samverkan sker enligt ordinarie rutin på Skaraborgs Sjukhus respektive östra hälso- och sjukvårdsnämnden.

### **Tidplan för uppdraget, behov av avstämning/uppföljning medan uppdraget pågår**

Avrapportering sker 26 januari 2016 på HSNÖ och 28 januari på styrelsen för Skaraborgs Sjukhus. Rapporten ska därefter gå vidare till regionstyrelsen. Avstämning kommer att ske efter varje delmoment med presidierna. Vid avrapporteringen till nämnd och styrelse ska förslag till fortsatt arbete presenteras.

### **Form för beslut när uppdraget är klart**

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus och Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden

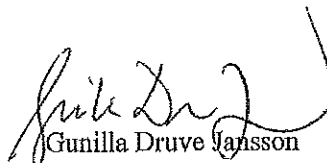
UBH 

**Uppdraget fastställs**

2015-12-21



Ulla-Britt Hagström  
Ordförande  
styrelsen för Skaraborgs sjukhus



Gunilla Druve Jansson  
Ordförande  
östra hälso- och sjukvårdsnämnden

.....  
Uppdraget skickas till: uppdragstagaren  
För kännedom till:

# Risk och konsekvensrapport för Skaraborgs Sjukhus

## Åtgärder för en verksamhet i balans på kort och lång sikt

Ulla-Britt Hagström  
Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus

Gunilla Druve Jansson  
Östra hälso- och  
sjukvårdsnämnden

## 1. Uppdraget

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus (SkaS) har 2015-10-29 beslutat att en risk- och konsekvensanalys ska göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdraget.

Analysen ska göras på ett sådant sätt att den ger underlag för förslag till åtgärder för att nå en verksamhet i balans under 2016. Analysen ska även kunna ligga till grund för att diskutera åtgärder på längre sikt. Det material som kommer fram genom detta uppdrag kan därför leda till att fördjupade analyser behöver göras.

Styrelsens uppdrag överensstämmer väl med det uppdrag som regionfullmäktige, RF, lämnat 2015-11-24 där RF uppdrar till sjukhusstyrelserna att ta fram och sedan fastställa åtgärder för ekonomisk balans 2016 senast i januari 2016.

## 2. Genomförande av uppdraget

Uppdraget har genomförts i samverkan mellan presidierna för SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden och tjänstemän från SkaS och koncernkontoret. Som grund för arbetet finns en uppdragshandling som är framtagen av presidierna tillsammans.

Arbetet är uppdelat i en bakgrundsbeskrivning till dagens ekonomiska läge, åtgärder under 2016 samt ett långsiktigt perspektiv. Materialet har tagits fram på kort tid med täta avstämningar mellan presidierna och tjänstemännen då framtaget material gått igenom och diskussion förts om vad som behöver kompletteras och korrigeras. Detta arbetssätt innebär att presidierna hela tiden har kunnat följa arbetet och lämnat synpunkter och önskemål om utvidgade perspektiv.

Rapporten delas upp i:

- En sammanfattande del som inkluderar förslag på åtgärder på kort och lång sikt.
- Delrapporter inom områdena för ekonomi, produktion, personal och måluppfyllelse för kvalitetsindikatorer och uppdrag i vårdöverenskommelse.

I beslutsunderlaget lämnas förslag till fortsatt beredning för förslagen på åtgärder på längre sikt. Även för detta arbete är det viktigt med kontinuerlig förankring för att korta beredningstiden och direkt få med synpunkter från politiker- och tjänstemannaperspektiv.

## 3. Bakgrund

Kostnadsnivån inom SkaS har de senaste åren legat över erhållet index i vårdöverenskommelsen. Åtgärdsplaner är framtagna men får inte tillräcklig effekt. Den ersättning som erhålls via vårdöverenskommelsen (VÖK) bedöms inte kunna täcka de beräknade kostnadsökningarna under kommande år. För 2015 uppgår budgetavvikelsen för verksamhetens resultat till cirka -62 mnkr. Budgetavvikelsen för SkaS totalt uppgår till -50 mnkr till följd av större regioninterna intäktsposter vilka inte varit kända förrän i samband med bokslutet. För 2016-2020 är bedömningen att förändrade förutsättningar och kostnadsökningar kräver åtgärder i stor omfattning.

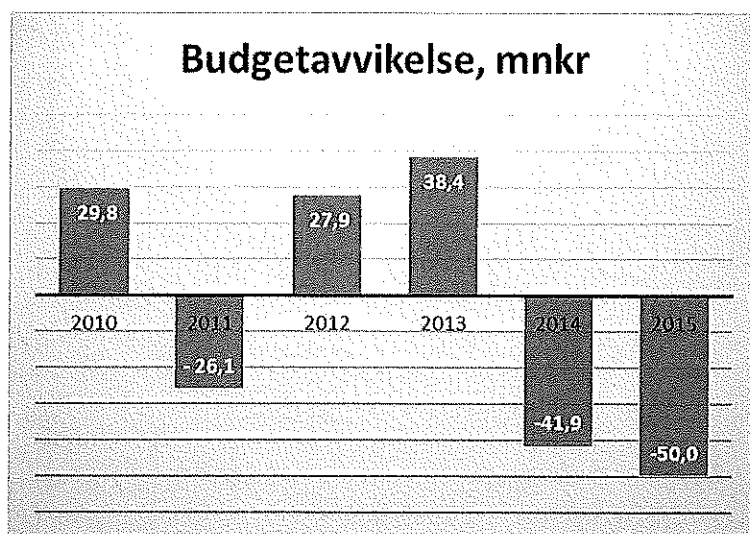
Den 27 oktober 2015 noterade östra hälso- och sjukvårdsnämnden i anslutning till beslutet om vårdöverenskommelse med Skaraborgs Sjukhus 2016 att "Nämnden är medveten om att ersättningsnivån i överenskommelsen inte täcker Skaraborgs Sjukhus kostnader för ingående uppdrag och rekommenderar därför sjukhuset att göra en risk- och konsekvensanalys".

Styrelsen för SkaS beslutade den 29 oktober 2015 att en risk och konsekvensanalys kommer att göras med anledning av att ersättningsnivån i vårdöverenskommelsen inte täcker SkaS kostnader för ingående uppdrag.

### 3.1. Ekonomisk utveckling 4-5 år bakåt

SkaS ekonomi har sammantaget de senaste åren varit i balans. I nedanstående tabell framgår SkaS budgetavvikelse för perioden 2010-2015. För perioden 2010 till 2014 är SkaS sammanlagda resultat +28 miljoner kronor. För att förstå budgetavvikelsen måste hänsyn tas till tillfälliga medel som SkaS under åren 2012-2014 fått via hälso- och sjukvårdsnämnden i slutet av året.

- 2014 ersättning 10 mnkr (för att stödja brist och utvecklingsområden inom BUP/BUM, VUP, Palliativ vård) + 3,5 mnkr för brännskadepatient.
- 2013 ersättning 5 mnkr för akutprocessen.
- 2012 SkaS når inte uppsatta mål för produktionsvolymen i vårdöverenskommelsen och når därmed inte ersättningstaket. Erhöll 26,4 mnkr vilket gjorde att SkaS erhöll takersättningen enligt vårdöverenskommelsen för 2012.



Kostnadsutvecklingen har mellan åren legat några procent över index i vårdöverenskommelse men har ökat de senaste åren. I analysen för kostnadsutvecklingen måste hänsyn tas till annan finansiering t ex genom stimulansbidrag, ordnat införande och projektmedel.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat, mnkr	29,8	-26,1	27,9	24,4	-55,9	-62,0
Budgetavvikelse, mnkr	29,8	-26,1	27,9	38,4	-41,9	-50,0
Godkänt användande av eget kapital				-14,0	-14,0	-12,0

#### Bruttointäktsutveckling SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttointäkt, mnkr	-3 381	-3 471	-3 560	-3 639	-3 767	-3 944
Index	100,0	102,7	105,3	107,6	111,4	116,7
Indexförändring mellan år		2,7	2,6	2,3	3,8	5,3

#### Bruttokostnadsutveckling SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, mnkr	3 344	3 494	528	3 612	3 820	4 008
Index	100,0	104,5	105,5	108,0	114,2	119,8
Indexförändring mellan år		4,5	1,0	2,5	6,2	5,5

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

I kostnadsutvecklingen ingår även nya uppdrag som under åren finansieras med utökad ersättning. I nedanstående tabell visas på de tre sista raderna ett reellt tillskott på totalt 175 mnkr under perioden 2011-2016, varav skattehöjningen 2015 innebar ett tillskott på 75 mnkr.

Ersättningsutrymmet har också minskats/ej uppräknats till följd av regionala effektiviseringskrav, beloppen framgår av nedanstående tabell.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ersättning nya/förändrade uppdrag	-20,0	22,5	10,0	1,2	16,4	2,5	
Ersättning utan särskilt uppdrag		22,5	35,0	20,0		-30,0	30,0
Omställningsstöd/obalanslägg						95,0	10,0
"Efter ordnat införande"							13,0

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Effektiviseringskrav	-29	-30	-31	-22	-19	-33	-33	-196
Besparing konsulter, kurser o konf m m				-2	-1	-1		-4
Besparing IT-konsulter				-2	-1	-1		-3
SUMMA	-29	-30	-31	-26	-21	-35	-33	-204

\*) 2010-2012 1 %, 2013 0,7 %, 2014 0,6 %, 2015 1 %, 2016 motsvarar indexuppräknningen ett effektiviseringskrav på minst 1%

Totalt har alltså tillförts 175,5 mnkr men samtidigt har medel motsvarande 204 mnkr ”reducerats” i form av effektiviseringskrav genom att indexuppräknningen för ersättningen i VÖK minskats med ca 1 procent varje år jämfört med ursprungligt framräknat LPI (landstingsprisindex). För 2016 finns inget uttalat effektiviseringskrav i planeringsdirektiven för budgetarbetet men den indexuppräknning som erhållits medför indirekt ett effektiviseringskrav på minst 1 procent, effektiviseringskravets storlek beror på vilka nivåer löneavtalen för 2016 samt kostnaden för den medicinska utvecklingen landar på.

### 3.2. Verksamhetsmässig utveckling 4-5 år framåt

Budgetavvikelsen under hösten 2015 ligger mellan -5 och -7 mnkr per månad, se nedanstående tabell. Vid ingången av år 2016 finns därmed en ingående ekonomisk obalans på cirka -60-70 mnkr för helåret. Avvikelsen är delvis förklarad av förändringar och kostnadsökningar under 2015, men även problem som funnits sedan tidigare år till exempel med bemanning och schemaläggning, produktions- och kapacitetsplanering, kvalitetsbristkostnader (vårdskador), lokalplanering, ofinansierade verksamheter (t ex läkarutbildningen) mm som tillsammans ger en allt för hög kostnad för driften av sjukhusets verksamheter.

På såväl kort som längre sikt (2016-2020) kommer de ekonomiska förutsättningarna för Skaraborgs sjukhus bli än mer ansträngda. Förutom den ingående obalansen på ca -70 mnkr visar en grov beräkning att åtgärder motsvarande ytterligare 300 mnkr behöver vidtas för en ekonomi i balans 2020, det vill säga ett åtgärdsbehov på totalt närmare 400 mnkr. I detta belopp ingår inte eventuella konsekvenser av framtida förändringar i VGR:s resursfördelningsmodell.

	2016	2017	2018	2019	2020	Summa 2016-2020
<b>Förändringar i VÖK</b>						
Förstärkt finansiering, VÖK	30					30
Ordnat införande, VÖK	13					13
"Omställningsbidrag" tas bort, VÖK	-10	-10				-20
<b>Fastighetsinvesteringar och PCB-sanering</b>						
Ökade lokalkostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-12	-16	-27	-17	-17	-89
Evakueringskostnad PCB-sanering	12					12
Ökade avskrivningskostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-3	-6	-15	-13	-13	-50
<b>Övriga förändringar</b>						
Läkarutbildning, beräknad utökning	-2	-2				-4
Ny styrmodell Regionsservice tjänster	-2					-2
Förändrade städriktlinjer VGR, Regionsservice (?)		-6	-6			-12
Slutenvårdsdos		-4				-4
IS/IT, "Vindenfinansiering" mm (?)	-5					-5
<b>Summa</b>	<b>21</b>	<b>-44</b>	<b>-48</b>	<b>-30</b>	<b>-30</b>	<b>-131</b>
Bedömt effektiviseringskrav (skillnad mellan indexuppräknig i VÖK och bedömd kostnadsutv, lågt räknat 1%)	-33	-33	-33	-33	-33	-165
<b>Totalt ytterligare behov av kostnadsminskningar</b>	<b>-12</b>	<b>-77</b>	<b>-81</b>	<b>-63</b>	<b>-63</b>	<b>-296</b>

De största orsakerna till det utökade åtgärdsbehovet redovisas i ovanstående tabell. Summan visar det ytterligare åtgärdsbehov som tillkommer fram till år 2020, förutom den ingående obalansen från 2015 på 70 mnkr.

Den utveckling som SkaS står inför är till största delen kopplat till det regionala arbetet med

- Produktionsplanering/ -styrning
- Standardiserad utveckling inom cancervården
- Utveckling av närsjukvårdscentrum
- Utveckling inom akutkedjan
- Utveckling inom vuxen- och barn och ungdomspsykiatri

Inom SkaS kommer även det omfattande nybyggnations- och renoveringsarbete som sker i samband med PCB sanering påverka verksamhetsutvecklingen. Andra områden som påverkar är den interna utvecklingen med personcentrerad vård, det omfattande utbildningsuppdraget och annan processutveckling.

Det beskrivna utvecklingsarbetet innebär inte bara kostnadsökningar utan ska även ses som en möjlighet till att utveckla verksamheten till ekonomisk balans. Men under genomförande av aktiviteter kopplade till utvecklingen kan det innebära ökade eller dubbla kostnader.

## 4. Nuläget 2015

### 4.1. Ekonomi

Den ekonomiska budgetavvikelsen 2015 för sjukhusets verksamheter uppgår till cirka -62 mnkr. Budgetavvikelsen för SkaS totalt uppgår till -50 mnkr till följd av större regioninterna intäktsposter på cirka 20 mnkr, vilka utförts i samband med bokslutet. Åtgärder har under 2015, liksom tidigare år, vidtagits av sjukhusets verksamheter för att anpassa kostnader till budgeterad nivå. Effekten av de vidtagna åtgärderna uppgår till en kostnadsreducering på cirka 48 mnkr under 2015 jämfört med 2014. Trots detta har den negativa budgetavvikelsen ökat under året. Anledningen till den ekonomiska obalansen kan förklaras av tre huvudsaker

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- förändrade förutsättningar i budget 2015
- verksamhetsförändringar som medfört betydande ökade kostnader

#### **Ingående ekonomisk obalans**

Den ingående obalansen från tidigare år utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem, vilket har fortsatt under 2015. I obalansen ligger också en rest från tidigare års kostnadsökningar, bland annat för läkemedel, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader. Läkarutbildningen är ofinansierad med 7 mnkr.

#### **Förändrade budgetförutsättningar**

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev cirka +/- 0.

- Ersättningen i VÖK minskas med 1 procent (effektiviseringskrav), cirka	-33 mnkr
- Förändrad resursfördelning, år 1	-30 mnkr
- Effekt 2015 av ny internhyresmodell	-27 mnkr
- Tillfälligt omställningsbidrag	+20 mnkr
- Utökad budget (skattehöjning)	+75 mnkr

#### **Verksamhetsutveckling som inneburit ökade kostnader**

- Vuxenpsykiatri har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minskar med cirka 20 mnkr.
- Vid uppbyggnad av palliativ vårdavdelning i Skövde var avsikten att denna skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. 10 mnkr.
- Medicinskt material,
  - Diabetessensorer, cirka 13 mnkr
  - Volym och prisökning interventionscenter, prisökning Operation, cirka 6 mnkr
- Läkemedel
  - Kostnadsökning utöver indexuppräknings och utöver kompensation inom ordnat införande (exempel Hepatit-C 10 procent, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), kostnad cirka 10 mnkr
- Ofinansierat nytt uppdrag, ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning), cirka 4 mnkr
- Utökad uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror på grund av PCB-sanering mm, cirka 12 mnkr

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och de mer eller mindre påverkbara kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -75 mnkr, det vill

säga överstiger den positiva ekonomiska effekten av genomförda åtgärder med knappt 30 mnkr. Detta tillsammans med den ingående obalansen från 2014 (årsresultat 2014 -56 mnkr) ger ett negativt ekonomiskt resultat 2015.

#### 4.2. Produktion och tillgänglighet

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den vård som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har för länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

Patientprocesser förändras över tid av bland annat teknisk, digital och medicinsk utveckling. Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patient processer innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården totalt.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål krävs utvecklingsarbete inom flera olika områden, bland annat:

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser
- Utveckla patient processer
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsjukvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

Effektiviseringar och utveckling av patientprocesser är nödvändig, inte bara utifrån krav på fastställda produktionsvolymerna utan också för att möta de kostnadsökningar som den tekniska och medicinska utvecklingen bidrar till.

#### **Somatisk heldygsvård**

Under slutet av 2012 och under 2013 skedde en förändring i produktionsutfallet inom slutenvården på SkaS. Förändringen fortsatte 2014, om än i mindre omfattning. I december 2014 var antal sjukhusvårdtillfällen 1 260 färre jämfört budget och antal DRG-poäng hade minskat med 1 500 poäng jämfört med budget. En förklaring till avvikelsen var minskat antal vårdplatser inom somatisk slutenvård, men detta förklarade inte hela förändringen.

En fördjupad produktionsanalys av slutenvården utifrån CMI/MDC gjordes för att hitta orsaker till förändringen. En slutsats utifrån analysen är att patient processer förändras över tid. Under senare år har den tekniska, digitala och medicinska utvecklingen påverkat patient processer inom alla verksamhetsområden.

Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget i VÖK. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patient processer innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården.

Ny teknik och nya läkemedel är dyra. Vid flytt av slutenvård till öppenvård krävs ofta samma resursåtgång. Detta gör att det inte alltid finns en koppling mellan minskat antal vårdkontakter och minskad total kostnad för sjukhuset.

### **Tillgänglighet**

Totalt antal väntande till första besök har i snitt uppgått till 5 000 patienter sedan maj 2012. Under hösten 2015 har antal väntande patienter till första besök ökat och uppgick efter november till 5 900 patienter. Även antal väntande till operation/behandling har under 2015 ökat och måluppfyllelsen för vårdgaranti (90 dagar) har försämrats efter att ha legat kring 96 procent i flera år.

Det finns flera förklaringar till förändringen av köer under 2015.

- Sjukskrivningar och/eller vakanta läkartjänster inom verksamheter med stora patientflöden till exempel ortopedi, kvinnosjukvård och urologi.
- Avtalstiden för regionalt volymavtal för "övrig" ortopedi gick ut i december 2014.
- Sjuksköterskebrist som påverkat möjligheten att hålla operationssalar öppna samt skapat problem med att kunna genomföra planerad utökning av vårdplatser inom vissa specialiteter
- Fler patienter skickades till externa vårdgivare under 2014 jämfört med 2015. Kostnaden för köpt garantivård har minskat med 6,5 mkr.
- Ökat remissinflöde
- Ökat antal uteblivna besök

### **Remissinflöde, uteblivna och antal första besök**

Remissinflödet påverkar både tillgänglighet och resursåtgång. Remissinflödet har ökat med tre procent under perioden 2013-2015. Det går inte att särskilja några specifika verksamheter som påverkats extra mycket av ökningen utan ökningen ses inom många verksamheter. Ökningen av remisser är därför inte den faktor som kan förklara hela förändringen i tillgänglighet under 2015. Ett ökat remissinflöde påverkar däremot verksamheter på olika sätt beroende på vilka möjligheter de har att på kort sikt ställa om sina resurser för att möta ett ökat inflöde.

Antal första besök har minskat under perioden 2013 till 2015. Denna minskning har bara delvis påverkat tillgängligheten negativt, då delar av förändringen beror på förändrade registreringsrutiner och andra delar av förändringen beror på förändrade patientprocesser. Första besök har minskat med 4 300 besök (6 procent) och efterföljande besök har ökat med 21 800 besök (8 procent).

En faktor som påverkar tillgängligheten är antal uteblivna besök. Det är inte bara första besök som blir uteblivna besök, men uppskattningen är att det är en stor andel som är första besök. Oavsett om det är första besök eller efterföljande besök binder uteblivna besök upp resurser och mottagningstider för patienter som står i kö. Antal uteblivna besök har ökat med 2 600 besök sedan 2013. En förhoppning är att införandet av SMS-påminnelse ska minska antalet uteblivna patienter.

### **Överbeläggning och utlokaliserade**

Andel överbeläggningar och andel utlokaliserade inom somatisk vård har inom vissa områden/avdelningar varit lägre under hösten jämfört med tidigare. Planerade öknings av vårdplatser inom ortopedi och intermedicin har inte kunnat genomföras på grund av rekryterings svårigheter.

Andel utlokaliserade har legat på en jämn nivå över året med toppar under semesterperiod och julhelg på grund av samlokalisering av vårdplatser samt tillfällig neddragning av vårdplatser.

### **Undvikbar slutenvård 65 år och äldre**

Undvikbar slutenvård har minskat mycket i östra hälso-och sjukvårdsnämndens (HSNÖ) område, vilket motsvarar Skaraborg, från att år 2006 haft de högsta nivåerna i Västra Götalandsregionen (VGR), jämfört med övriga HSN områden. HSNÖ har mindre undvikbar slutenvård än övriga HSN i VGR år 2014. De diagnoser som minskat mest i VGR är diabetes, kärlkramp och hjärtsvikt troligtvis gäller även detta i Skaraborg.

År 2014 var det 3550 slutenvårdstillfällen bland befolkningen i HSNÖ's område, som klassades som undvikbar enligt denna definition. Det är nästan vart femte vårdtillfälle bland 65 år och äldre. Detta trots att det har blivit 10 000 fler invånare över 65 år så har det skett en minskning jämfört med år 2006. Detta kan jämföras med år 2006 då det var 4043 slutenvårdstillfällen som enligt denna definition ansågs som undvikbara.

(I analysen används Socialstyrelsens definition på undvikbar slutenvård med anledning av det tidigare arbetet med de mest sjuka äldre och bedömer att där finns de mest relevanta diagnoserna för äldre.)

### **Återinskrivning inom 30 dagar 65 år och äldre**

Den ökning av återinskrivning inom 30 dagar som sågs fram till 2011 på SkaS har brutits och nu ses möjligen en tendens till minskning

I VGR ses en ökning fram till år 2012 och 2014 ses en minskning och följande år får visa om det är ett trenderbrott i VGR.

(Även här används socialstyrelsens definition. Det innebär till exempel att vid inskrivning av hjärtsvikt så måste det vara en återinskrivning av hjärtsvikt.)

### **Basvolym**

Nytt för VÖK 2016 är att basvolym för "första besök, läkare" och "första behandling" specificerats inom vissa diagnosgrupper. Basvolymerna baseras på historiskt utfall 2011-2013 och därför kan basvolym skilja sig mellan SkaS och andra sjukhus inom samma specialitet och med likartat befolkningsunderlag. Det kommer under 2016 göras en översyn av basvolymerna inför beslut om tilläggsuppdrag 2017.

### **Regional produktionsstyrning**

De regionala uppdragens produktionsvolym ingår från och med 2014 inte i produktionsbudgeten i VÖK. Eftersom en förhållandevis stor ersättning är knuten till de regionala tilläggsuppdragen är det viktigt för de verksamheter som är berörda att de genomför tilläggsuppdraget de fått. Om inte hela uppdraget utförs finns risk för att personalkostnader och övriga fasta kostnader inte kan täckas.

SkaS har sedan 2014 haft regionala uppdrag inom höft/knäplastik, obesitasoperationer samt koloskopiundersökningar. Inför 2016 utökas dessa uppdrag med ryggoperationer och öppenvårdsbesök inom hud. Fråga har även ställts till ansvariga om tilläggsuppdrag inom specialitet ögon och öron, men regionalt beslut om detta är ännu inte klart.

En detaljerad produktion- och kapacitetsplanering är nödvändigt för att undvika undanträngningseffekt av annan vård inom verksamheten. Risk- och konsekvensanalyser har tagits fram eller håller på att tas fram för alla tilläggsuppdrag för att belysa behov av personalbemanning, vårdplatser, operationsutrymme, servicefunktioner, administrativa rutiner mm.

#### **4.3. Kvalitetsindikatorer i vårdöverenskommelse 2015**

Historiskt har SkaS klarat de regionala kvalitetsindikatorerna inom de flesta områden.

För 2015 är 39 av de Medicinska kvalitetsindikatorerna relevanta att ha med i uppföljningen. Uppföljningen görs utifrån redovisning i december 2015. Jämförelse görs med 2014.

#### **Antal målandikatorer/upp nådd måluppfyllelse**

	Bra måluppfyllelse	Nästan måluppfyllelse	Ej uppnått
2015	26	4	9
2014	27	6	6

För båda åren var det bland annat indikatorer för ledtider på akutmottagningen, vårdrelaterade infektioner och läkemedel som inte uppnåddes. Några nya indikatorer har tillkommit för bland annat

cancersjukvården där målet inte nås för några av indikatorerna. En av orsakerna till denna avvikelse är att anpassning ännu inte skett mot till vårdprogram.

## 5. Krav och utvecklingsområden i VÖK 2015 respektive 2016

### 5.1 Övergripande

En förändring i VÖK 2016 jämfört med tidigare år är att regionfullmäktiges mål och fokusområden finns tydligare beskrivna med uppdrag kopplade till dem. I övrigt ställs krav i VÖK:en på samma sätt som tidigare:

- Geografisk struktur
- Vårdgaranti och ledtider
- Cancergaranti
- Närsjukvård
- Psykiatri
- Utbildningsuppdrag

### 5.2 Regionalt utvecklingsarbete som prioriteras i VÖK 2015-2016

Följande beskrivning är hämtat från vårdöverenskommelse 2015 och 2016.

#### *Akutsjukvårdsprojekt (HSS - satsning)*

Vården av livshotande sjukdomar är en av de högst prioriterade områdena inom hälso- och sjukvården. Tillgängligheten vid akutmottagningarna ska vara god och sjukhusen ska verka för att väntetider kortas. Vid socialstyrelsens mätningar av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar har flera mottagningar i Västra Götalandsregionen tillhört de mottagningar med relativt längre väntetider. Därför har det i regionens budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutläkare. Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram sina egna delmål mot 90 procent.

#### *Psykiatrisatsning (HSS - satsning)*

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016. Medel fördelas direkt från HSS till SkaS. För 2015 fördelades budgetförstärkning inom områdena neuropsykiatriska utredningar för barn, neuropsykiatriska utredningar för vuxna och för att förstärka behandlingsformer för vård av patienter med självskaadebeteende.

#### *Cancersjukvård – standardiserade vårdförlopp*

Standardiserade vårdförlopp inom cancervården är en del i en nationell satsning som ska leda till kortare väntetider, en mer jämlik cancervård och ett lärande i det fortsatta arbetet. SVF (standardiserade vårdförlopp) inom cancervården innehåller tre delar: etablering av stödjande strukturer, kompetensförsörjningsåtgärder samt system för mätning av ledtider. SVF infördes för fem cancerdiagnoser i regionen 2015:

- akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- huvud- och halscancer
- matstrupe- och magsäckscancer
- prostatacancer
- cancer i urinblåsa och övre urinvägar

#### *Neonatalvård*

Regionstyrelsen har fattat beslut i ärendet "Översyn och utredning av neonatalvården i Västra Götalandsregionen 2013" (2014-05-20, RS 2458-2012). I beslutet uppdrog regionstyrelsen till regiondirektören att utreda och genomföra föreslagna åtgärder i ärendet (nr 1- nr 6). Berörda utförarstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för övriga

föreslagna åtgärder (nr 7) inom ramen för gällande vårdöverenskommelse. Under 2016 fortsätter arbetet med att klarlägga vårdprocessen inom neonatalvården i Västra Götaland.

#### *Ordnat införande smärtverksamhet (Dnr: RS 1378-2012)*

På sjukhusen finns smärtenheter och smärtteam i olika sammansättningar. En del av tjänsterna ligger inom ramen för ordinarie vårdöverenskommelse men en hel del finansieras via pengar från den statliga rehabgarantin. Smärtrådets bedömning är att det utöver dagens bemanning behövs ytterligare förstärkning på sjukhusen för att få en jämlik vård i regionen samt kunna ge patienterna den vård de behöver. Ett utvecklingsarbete pågår och en handlingsplan kommer tas fram under året.

### **5.3 Lokalt utvecklingsarbete som prioriteras i VÖK 2015-2016**

#### *Omstart utveckling psykiatri med närsjukvårdskoncept*

Skaraborg behöver ha en omstart på området specialistpsykiatri, vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Därför har ett omfattande arbete gjorts under våren, vilket resulterat i ett program för "Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet". Arbetet har gjorts tillsammans mellan östra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för SkaS.

Vidare föreslås utveckling av närsjukvården i Skaraborg, enligt intentionerna av regionfullmäktige fattat beslut om "Framtidens hälso- och sjukvård". Utredning har gjorts med alternativ och konsekvenser vid placering av ny vårdbyggnad för heldygnsvård inom psykiatri i Skaraborg.

Med en omstart för arbetet med att utveckla specialistpsykiatri ges möjlighet att kunna skapa attraktiva arbetsplatser, med en modern vårdmiljö, vilket ger förbättrade möjligheter att utveckla vården samt rekrytera, behålla och kompetensutveckla personal. Detta ger förutsättningar för en psykiatri med hög tillgänglighet, säkerhet och trygghet för patienterna i hela Skaraborg.

### **6. Pågående utredningar som kan ge effekter av olika slag 2016 eller långsiktigt**

Styrelsen för Skaraborgs Sjukhus gav sjukhusdirektören uppdrag att utreda vårdplatser inom Skaraborgs Sjukhus utifrån patientsäkerhets-, effektivitets- och medarbetarperspektiv. Styrelsebeslut § 38, 2015-09-17, SkaS 230-2015. I uppdraget ingår också att utreda akuta patientflöden.

#### *Utredning kring optimering av ambulansverksamheten i Skaraborg*

Styrelsen för SkaS gav sjukhusdirektören i uppdrag att utreda en optimering av ambulansverksamheten i Skaraborg.

#### *Utveckling psykiatri och närsjukvård*

Uppdrag från styrelsen SkaS och östra hälso- och sjukvårdsnämnden. Se uppdragsbeskrivning under avsnitt 5.

#### *Uppdrag till fokusgrupper*

I de under året bildade fokusgrupperna finns som en del i uppdraget att ta fram förslag på effektiviseringsåtgärder som ger kostnadssänkningar. Uppdragsbeskrivning finns på SkaS interna webbsidor.

#### *Regional produktionsstyrning/Produktions- och kapacitetsplanering*

Regionstyrelsen fattade 10 december 2013 beslut om regiongemensam produktionsstyrning (RS 2071-2012). Beslutet är ett led i att öka kvaliteten, förbättra tillgängligheten och ge invånarna i Västra Götaland en likvärdig och jämlik vård i enlighet med målbilden i "Framtidens hälso- och sjukvård". I detta uppdrag ingick bland annat att utveckla ett ledplastikcentrum vid Skaraborgs Sjukhus Lidköping.

### *Närsjukvårdscentrum*

Ta fram och implementera en modell för närsjukvårdscentrum i Skaraborg i samverkan med vårdgrannar som leder till stabilitet och trygghet för patienterna som är i behov av den nära vårdens innehåll och tillgänglighet.

### *Akutkedjan/akutprojektet*

I VGR:s budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutläkare. Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram handlingsplaner där egna delmål är uppsatta för att nå målet på 90 procent.

### *Psykiatriberedning*

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016.

## **7. Sammanfattande bild av läget för SkaS 2016**

Bakgrunden till att en risk och konsekvensanalys startade var att med nuvarande struktur och uppdrag kommer SkaS att ha svårt att klara en ekonomi i balans. De åtgärder som är under genomförande ger viss effekt men medicinsk utveckling och andra krav ger kostnadsökningar.

### **Risker och konsekvenser för 2016**

#### Risker

- Om ytterligare åtgärder inte genomförs kommer det vara en fortsatt hög kostnadsnivå som överskrider budget i genomsnitt med cirka 5 mnkr per månad. Under 2016 slutförs de åtgärder som startade under 2015 samt genomförs ytterligare åtgärder som får effekt under året. Bland de åtgärder som pågår är till exempel minskning av bemanningsföretag och övertid.
- Produktions- och kapacitetsplaneringen kommer fortsätta för den planerade vården. Med en verksamhet som inte är i balans kommer prioritering ske av det akuta uppdraget vilket sammantaget kan leda till ytterligare förlängda väntetider och ledtider. Kvalitetsarbetet fortgår men med mindre tid till utvecklingsarbete kan även detta bli eftersatt då fokus blir på den basala vården
- Om ytterligare åtgärder inte vidtas under 2016 kommer SkaS med stor sannolikhet att tvingas redovisa underskott även för 2016. Det ekonomiska läget inför 2017 är då ytterligare försämrat.

#### Konsekvenser

- Att arbeta inom en verksamhet som ständigt har ekonomiska problem påverkar både chefer och medarbetare negativt. Vilket kan leda till att både patientsäkerhet och arbetsmiljö påverkas negativt.
- Bilden av SkaS blir negativ vilket i sin tur kan ge rekryteringsproblem och därmed ytterligare svårighet att klara uppdraget.
- Förtroendet för sjukhuset och dess styrelse minskar, internt i VGR men även hos samarbetspartner och hos patienter
- Uppdrag och mål i vårdöverenskommelsen kan inte uppnås både vad gäller ekonomi och verksamhet.

### Långsiktiga konsekvenser

På längre sikt kommer kostnadsläget bli mer problematiskt då även hänsyn får tas till den förväntade resursfördelningsmodellen som troligtvis kommer påverka resurstilldelningen negativt för kommunerna inom SkaS upptagningsområde.

För närmsta åren har beräknats ett åtgärdsbehov på upp till 400 mnkr. För att få ett verksamhetsmässigt perspektiv på storleken på beloppet kan det jämföras med SkaS totala kostnad för:

- Läkemedel (460 mnkr)
- Lokalhyra och avskrivningar (310 mnkr)
- Verksamhetsområde Kvinno/Barnsjukvård samt BUP (390 mnkr)
- Verksamhetsområde Anestesi/Operation/IVA (305 mnkr)
- Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri (260 mnkr)

Ett av de områden som står för stora delar av den framtida kostnadsutvecklingen är lokalförändring och medicinsk teknisk utrustning. De förändringar som är föreslagna behöver prioriteras dels då det finns lagliga krav kring sanering men även för att möta dagens och framtida krav för arbetsmiljö och patientsäkerhet.

SkaS struktur med specialiserad vård på fyra utbudspunkter är kostnadsdrivande men med det fokus som finns i dag med personcentrerad vård och närsjukvård bör innehållet i dessa utbudspunkter definieras för ett optimalt utnyttjande av sjukhusorterna.

Ett alternativ till långsiktig åtgärd är att öka produktionen och därmed få in mer intäkter. Detta är en åtgärd som kan genomföras inom de få områden där det finns ledig kapacitet, men med de kompetensförsörjningsproblem som finns för t ex sjuksköterskor och de ombyggnadsplaner som finns är det svårt att genomföra mer än det uppdrag som finns idag.

## 8. Förslag till åtgärder för budgetbalans

### Under 2016

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 mnkr. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt de ytterligare åtgärderna enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 mnkr.

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 uppgår således till cirka 50 mnkr enligt nedanstående beräkning:

Ingående obalans:	-70 mnkr
Förändrat ekonomiskt läge 2016 (se tabell avsnitt 3.2)	-12 mnkr
Effekt av nuvarande och planerade åtgärder:	+ 30 mnkr
Summa:	-52 mnkr

Enligt förslag i tilläggsbudget 2016 erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 mnkr. Åtgärder behöver vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 med ytterligare 50 mnkr så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS.

Följande alternativa åtgärder kan prövas

Alternativ åtgärd	Risk
Personalneddragning generellt utan att förändra strukturen inom vården eller annan genomgripande förändring i t ex arbetsmodeller eller bemanning genomförs. Effekter av en sådan åtgärd kräver ett förändrat arbetssätt med minskad bemanning som är väl förankrad i personalgrupper.	Att SkaS inte kan utföra sitt uppdrag enligt vårdöverenskommelsen 2016 och kan leda till att större behov finns för köp av vård för de patienter som ingår inom vårdgarantin. Att bemanning inte kan ske på optimalt sätt med stor risk för försämrad arbetsmiljö och försämrad patientsäkerhet. <ul style="list-style-type: none"> <li>- För gles bemanning med för hög arbetsbelastning på befintlig personal</li> <li>- Riskerar högt övertidsuttag</li> </ul>
Minskning av vårdplatser	Ständiga överbeläggningar då nuvarande nivå inte motsvarar inflödet av akuta patienter.
Stopp för bemanningsläkare inom alla specialiteter	Planerade uppdraget klaras inte och även i vissa områden risk för akuta uppdraget. Väntetider klaras inte, risk för ökad kostnad då patienter söker vård på annat ställe.
Stopp för inköp av/stopp för nyttjande av till exempel nya läkemedel, medicinska hjälpmedel	Klarar inte uppdraget för jämlik vård, försämrar kvaliteten för patienter med kroniska sjukdomar.
Stoppa alla investeringar för lokaler och utrustning	För utrustning påverkar säkerheten och medför fördyrat underhåll, för lokaler finns risk för att arbetsmiljön försämras samt att i vissa delar lokaler inte kan användas på grund av säkerhetsrisker. Tidplan för lagligt krav på sanering klaras inte.

### Inriktning i arbete med åtgärder på längre sikt

För att få permanent effekt på åtgärder i den omfattning som beskrivs i denna rapport krävs ett långsiktigt arbete. Dagliga effektiviseringar räcker inte utan större aktiviteter måste genomföras. Målet är att SkaS uppdrag för länssjukvård i Skaraborg ska kunna genomföras enligt politisk beslutad struktur men till en kostnadsnivå som är anpassad till resurstilldelning.

För åtgärder som ska möta kostnadsutvecklingen på längre sikt måste dessa utformas inte bara ur det ekonomiska perspektivet utan för en verksamhet i balans. För SkaS innebär det att patient-, process-, medarbetar- och ekonomiperspektiven balanseras. För att mer långtgående åtgärder ska kunna genomföras behövs politiska beslut på olika nivåer.

### Långsiktiga åtgärder – perspektiv 2017-2025

Nedan redovisas ett antal områden som är framtagna utifrån ett helhetsperspektiv för att kunna möta och definiera SkaS långsiktiga uppdrag som en del i Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. I det fortsatta arbetet ska även beaktas:

- Behovsunderlag
- Patientströmmar
- Kompetensförsörjning
- Ekonomiska förutsättningar
- Medicinsk utveckling

### ***Struktur för den akuta och planerade länssjukvård***

För att ta fram åtgärder på sikt och därmed komma i balans krävs att beslut fattas kring vilken länssjukvårdsstruktur som ska utvecklas inom SkaS upptagningsområde. Idag finns beslut kring framtidens hälso- och sjukvård. Där beskrivs hur vårdnivån ska utvecklas men den behöver kompletteras med politiskt beslut kring specialiserad akutsjukvård. Exempel på punkter som behöver utredas:

- Gå vidare och genomför nivågrupperingen i utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård"
- Komplettera utredningen med struktur för specialiserad akutsjukvård
- Jourcentraler – genomför placering på sjukhusorter
- Optimera vårdplatsstrukturen

### ***Utveckla närsjukvården och samarbetet med kommunerna***

Inom Skaraborg finns en väl fungerande struktur för vårdsamverkan och närsjukvård. I de utredningar som nu presenteras på nationell nivå beskrivs ytterligare samarbete med den kommunala vården. Här skulle Skaraborg kunna bli en pilot i detta arbete, till exempel:

- Utred samarbete med kommunerna om heldygnsvård
- Utred konsultationsstöd för kommunala korttidsplatser
- Utveckla specialiserad närsjukvård utifrån vårdsamverkans perspektiv geriatrik-/palliativ-/psykiatrisk-/barn- och ungdomsvård

### ***Resurser och struktur***

Inom Västra Götalandsregionen finns politiska beslut kring hur produktionsplanering och -styrning ska kunna utvecklas på regionnivå. Det innebär att åtgärder och behandlingar koncentreras till olika delar av regionen. Dessa beslut kräver ibland förändringar och medför kostnader som inte ryms inom nuvarande ersättningsutrymme. Den politiskt beslutade strukturen är inte alltid den mest kostnadseffektiva men av andra skäl ska den utvecklas och bör då även vara finansierad.

- Produktionsplanering -/styrning samt dess ersättningsmodell
- Struktur – politisk beslutad/finansierad

### ***Kompetensförsörjning***

Sjukhusets viktigaste resurser är dess medarbetare. Men det finns många bristområden och stor konkurrens med andra vårdaktörer. Kompetensbrister har bland annat lösts med bemanningsföretag, extra arbetspass och övertid vilket påverkar ekonomi och arbetsmiljö på ett negativt sätt. Att utveckla servicetjänster och uppgiftsväxling skulle då kunna vara en möjlighet till att utnyttja kompetensen på rätt sätt. Exempel på områden som behöver utredas:

- Uppgiftsväxling (fullfölja och utveckla regionalt uppdrag?)
- Servicepersonal
- Administrativa stödfunktioner
- Chefsutveckling

### ***Arbetsmodeller***

Utredningar har visat att vårdens arbetsmodeller inte förändrats fastän medicinsk och teknisk utveckling ger helt andra förutsättningar och möjligheter. Dagens utbildningar har annat fokus än tidigare och vårdens processer utvecklas mot kortare vårdtider och mer egenvård. Bemanningen behöver anpassas till tider då de största patientflödena finns över hela dygnet och alla årstider. Exempel på områden som behöver utredas:

- Personcentrerad vård (framtidens vårdavdelning)
- Verksamhetsanpassad bemanning (pågående regionalt uppdrag?)
  - Bemanning över större organisatoriska områden
  - Fasta scheman
  - Stärkt styrning av läkares schemaläggning

För samtliga områden bör snabb genomgång göras för att få fram beslutsunderlag på fortsatt arbete. Inom flera av områdena finns redan pågående regionala uppdrag där SkaS får arbeta för att dessa blir genomförda. Inom andra områden finns tidigare fattade beslut som ännu inte verkställts.

### **Bilagor**

- Uppdragshandling - Risk- och konsekvensanalys styrelsen SkaS  
Diarienummer SkaS 228-2015
- Delrapport - Beskrivning av SkaS ekonomiska läge
- Delrapport - Produktion SkaS
- Delrapport - Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskommelse 2015 inför risk och konsekvensanalys SkaS
- Delrapport HR - (bygger på bokslut 2015)

Delrapport: Beskrivning av Skaraborgs Sjukhus  
ekonomiska läge

Risk och konsekvensrapport  
för  
Skaraborgs Sjukhus

		<b>Publiceringsdatum:</b> 2016-01-18	<b>SkaS 228-2015</b>
<b>Ämne:</b> Ekonomi	<b>Dokumentnamn:</b> Beskrivning av SkaS ekonomiska läge	<b>Gäller vid:</b> SkaS	<b>Sida:</b> 2(15)
<b>Handläggare:</b> Åsa Ranbro Jansson	<b>Godkänt av:</b> GPS	<b>Revideringsdatum:</b>	<b>Version:</b>

## **Beskrivning av Skaraborgs Sjukhus ekonomiska läge**

### **Syfte**

Beskrivningen av Skaraborgs Sjukhus (SkaS) ekonomiska utveckling syftar till att belysa bakgrund och de främsta orsakerna till SkaS nuvarande ekonomiska läge samt hur förutsättning-arna ser ut under åren framöver. Rapporten innehåller även en redovisning av kostnadsutvecklingen över de senaste fem åren för ett urval av kostnadslag.

### **Sammanfattning**

Anledningen till SkaS ekonomiska obalans 2015 kan delas upp i tre huvudorsaker:

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- Förändrade förutsättningar i budget 2015
- Verksamhetsförändringar med ökade lönekostnader inom främst vuxenpsykiatri (där tidigare budgetöverskott minskar) och palliativ vård samt kostnadsökningar inom medicinskt material och läkemedel under 2015

Åtgärder för att minska kostnadsnivån har vidtagits med början under hösten 2014. Den sammanlagda effekten 2015 uppgår till 48 mnkr.

Vid genomgång av kostnadsutvecklingen för perioden 2010-2014 kan man inte se något som tyder på att SKAS generellt haft en högre kostnadsutveckling än övriga jämförbara sjukhus (NU+SÄS).

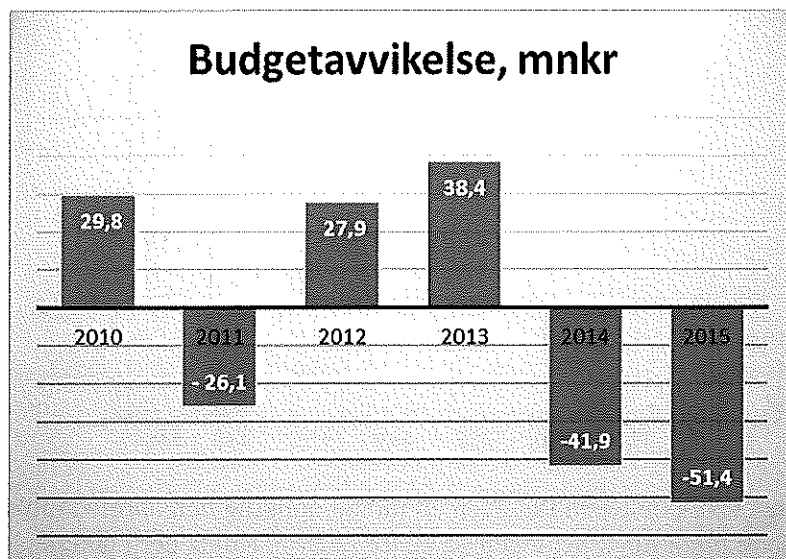
SkaS står inför stora ekonomiska utmaningar inom de närmaste åren. Kostnadsökningar i hyra och avskrivningar till följd av stora planerade fastighetsinvesteringar samt bedömningen om framtida årliga effektiviseringskrav utgör de största orsakerna. Totalt beräknas behovet av åtgärder till cirka 400 mnkr under perioden 2016-2020, det vill säga att den årliga kostnadsnivån har minskat med 400 mnkr år 2020.

### **Historik**

SkaS ekonomi har sammantaget de senaste åren varit i balans. I nedanstående tabell framgår SkaS budgetavvikelse för perioden 2010-2015. För perioden 2010 till 2014 är SkaS sammanlagda resultat +28 miljoner kronor.

I budgetavvikelse får hänsyn tas till tillfälliga medel som SkaS under åren 2012-2014 fått via nämnd i slutet av året.

- 2014 ersättning 10 mkr (för att stödja brist och utvecklingsområden inom BUP/BUM, VUP, Palliativ vård) + 3,5 mkr för brännskadepatient.
- 2013 ersättning 5 mkr för akutprocessen.
- 2012 SkaS når inte uppsatta mål för produktionsvolymen i VÖK och når därmed inte ersättningstaket. Erhöll 26,4 mkr vilket gjorde att SkaS erhöll takersättningen enligt VÖK för 2012.



#### Resultat och budgetavvikelse SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Resultat, mnkr	29,8	-26,1	27,9	24,4	-55,9	-63,4
Budgetavvikelse, mnkr	29,8	-26,1	27,9	38,4	-41,9	-51,4
Godkänt användande av eget kapital				-14,0	-14,0	-12,0

Källa: Raindance

#### Bruttointäkt SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttointäkt, mnkr	-3 381	-3 471	-3 560	-3 639	-3 767	-3 944
Index	100,0	102,7	105,3	107,6	111,4	116,7
Indexförändring mellan år		2,7	2,6	2,3	3,8	5,3

Källa: Raindance

#### Bruttokostnad SkaS 2010-2015

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, mnkr	3 344	3 494	3 528	3 612	3 820	4 008
Index	100,0	104,5	105,5	108,0	114,2	119,8
Indexförändring mellan år		4,5	1,0	2,5	6,2	5,6

Källa: Raindance

#### Bruttokostnad SÄS och NU 2010-2014

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bruttokostnad, SÄS+NU, mnkr	6 951	7 308	7 553	7 665	7 875	0,0
Index	100,0	105,1	108,7	110,3	113,3	0,0
Indexförändring mellan år		5,1	3,5	1,6	3,0	0,0

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

## Intäktsutveckling – nämndens regionbidrag och dess fördelning till SkaS

Speciella ersättningar/satsningar SkaS							
utöver index							
mnkr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Logopedi barn	1,0		1,2				2,2
BUP	4,0	5,0					9,0
Logopedi vuxna				1,4			1,4
Vuxenpsykiatri	4,0						4,0
Palliativ vård	1,0			3,0			4,0
Närsjukvård	7,5						7,5
Ablationer	5,0	2,0					7,0
Hyreshöjning, läkemedel		3,0					3,0
Akutprocessen				12,0			12,0
Uppdrag smärta					2,5		2,5
Ersättning utan särskilt uppdrag	22,5	35,0	20,0		-30,0	30,0	77,5
Omställningsstöd/obalans tillägg					95,0	-10,0	85,0
"Efter ordnat införande"						13,0	13,0
<b>Summa</b>	<b>45,0</b>	<b>45,0</b>	<b>21,2</b>	<b>16,4</b>	<b>67,5</b>	<b>33,0</b>	<b>228,1</b>

175,5

Utökad ersättning utgör i de flesta fall även ett utökat uppdrag och därmed utökade kostnader. I ovanstående tabell utgör dock beloppen på de tre raderna längst ner i tabellen ett reellt tillskott på totalt 175 mnkr under perioden 2011-2016, varav skatthöjningen 2015 medförde 75 mnkr.

Ersättningsutrymmet har även minskats/ej uppräknats till följd av regionala effektiviseringskrav, beloppen framgår av nedanstående tabell.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totalt
Effektiviseringskrav	-29	-30	-31	-22	-19	-33	-33	-196
Besparing konsulter, kurser o konf m m				-2	-1	-1		-4
Besparing IT-konsulter				-2	-1	-1		-3
<b>SUMMA</b>	<b>-29</b>	<b>-30</b>	<b>-31</b>	<b>-26</b>	<b>-21</b>	<b>-35</b>	<b>-33</b>	<b>-204</b>

\*) 2010-2012 1 %, 2013 0,7 %, 2014 0,6 %, 2015 1 %, 2016 motsvarar indexuppräknigen ett effektiviseringskrav på minst 1%

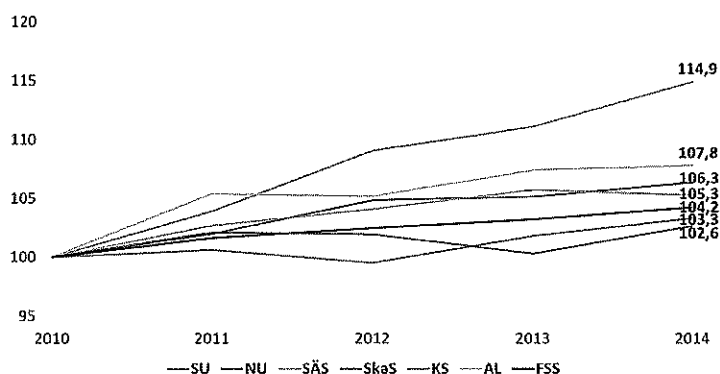
Totalt har alltså tillförts 175,5 mnkr men samtidigt har medel motsvarande 204 mnkr "reducerats" i form av effektiviseringskrav genom att indexuppräknigen för ersättningen i VÖK minskats med ca 1 procent varje år jämfört med ursprungligt framräknat LPI (landstingspris-index). För 2016 finns inget uttalat effektiviseringskrav i planeringsdirektiven för budgetarbetet men den indexuppräknigen som erhållits medför indirekt ett effektiviseringskrav på minst 1%, effektiviseringskravets storlek beror på vilka nivåer löneavtalen för 2016 samt kostnaden för den medicinska utvecklingen landar på.

### Kostnadsutveckling för vissa kostnadsslag

Under åren har kostnadsutvecklingen varit hög inom vissa specifika kostnadsslag. Nedan redovisas kostnadsutvecklingen för dessa samt dess huvudsakliga orsaker. För jämförelse över tid har ett kostnadsindex beräknats med basår 2010. För att relatera SkaS kostnadsutveckling till jämförbar verksamhet har ett index även beräknats för summan av kostnaderna för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) och NU-sjukvården, samtliga kostnadsdata är hämtade från ekonomisystemet Raindance via VGR:s utdataplattform.

## Personalkostnader

I nedanstående diagram redovisas utvecklingen av antal nettoårsarbetare för åren 2010-2014. SkaS har lägst index (102,6).



Källa: Personalkostnadsanalys VGR:s sjukhus, Koncernledningskontoret

I januari 2010 infördes anställningsstopp och i samband med detta placerades ca 200 tillsvidareanställd övertalig personal i ett resursteam för att successivt placeras ut i verksamhet när vakanser uppstod. I november 2010 övergick anställningsstoppen till anställningsrestriktion/prövning. April 2012 infördes åter ett anställningsstopp som i mars 2013 övergick till anställningsrestriktion/prövning, vilket upphörde maj 2014. Oktober 2014 återinfördes åter igen anställningsrestriktioner/prövning vilket gäller fortfarande.

### SkaS personalkostnader inkl kostnad för bemanningsföretag

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	-1 992,0	-2 082,4	-2 139,3	-2 169,9	-2 324,8	-2 411,2
Index	100,0	104,5	107,4	108,9	116,7	121,0
Indexförändring mellan år		4,5	2,9	1,5	7,8	4,3

Källa: Raindance

### Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	-4 257,5	-4 495,7	-4 681,1	-4 831,3	-5 014,4	0,0
Index	100,0	105,6	109,9	113,5	117,8	0,0
Indexförändring mellan år		5,6	4,4	3,5	4,3	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

Nedan framgår utvecklingen av anställningar över tid. I avvikelserna ingår nya respektive förändrade uppdrag: t ex Palliativa enheten, utbildningsuppdraget, ordnat införande (t ex kontaktsjuksköterskor) och sjukskrivningsmiljard (rehab/fysioterapeuter).

Anställningar	2009/Nov	2010/Nov	2011/Nov	2012/Nov	2013/Nov	2014/Nov	2015/Nov
Tillsvidareanställd	3 978	3 892	3 885	3 823	3 767	3 890	3 927
Visstidsanställd	168	301	373	280	351	352	286
Tidavlönad	99	180	207	163	175	203	227
<b>Summa</b>	<b>4 245</b>	<b>4 373</b>	<b>4 465</b>	<b>4 266</b>	<b>4 293</b>	<b>4 445</b>	<b>4 440</b>
Diff		128	92	-199	27	152	5

Nettoårsarbetare	2009/Nov	2010/Nov	2011/Nov	2012/Nov	2013/Nov	2014/Nov	2015/Nov
Tillsvidareanställd	3 304	3 223	3 239	3 199	3 146	3 285	3 296
Visstidsanställd	151	266	341	250	308	315	263
Timavlönad	26	61	71	51	59	64	71
Summa	3 482	3 550	3 652	3 500	3 512	3 664	3 631
Förändring		69	101	-152	13	152	-34

## Övertid

Kostnaden för övertid har minskat något under det senaste året men utgör fortfarande en stor kostnad. Orsaken uppges vara de dyra bemanninglösningar som verksamheten använt sig av vid personal-/vårdplatsbrist, så kallade bemanningssnurror, samt den extra ersättning som betalas ut för att lösa kompetensförsörjningen under semesterperioden juni-augusti.

## SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	41,5	33,7	31,3	39,1	49,9	45,2
Index	100,0	81,3	75,5	94,4	120,3	108,9
		-18,7	-5,8	18,9	25,9	-11,5

Källa: Raintance

## Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	79,0	97,6	96,4	119,7	124,8	
Index	100,0	123,6	122,1	151,5	158,0	
		23,6	-1,5	29,4	6,5	

Källa: Raintance UDP, VGR EK Resultatklub

## Bemanningsföretag

Till följd av stora problem med kompetensförsörjningen av framförallt specialläkare har kostnaden för bemanningsföretag varit hög under en längre tid. Cirka 36 miljoner kronor av 2015 års kostnad utgörs av kostnad för inhyrda läkare, resten utgör kostnad för sjuksköterskor. Målsättningen 2015 var att minska kostnaden med 25% jämfört med 2014 men detta har verksamheterna inte lyckats med. Kostnaden har varit hög inom främst vuxen- och barnpsykiatri samt ögonverksamheten. Procentuellt sett har kostnaden ökat mycket jämfört med SÄS+NU, men kostnadsnivån för basår 2010 var betydligt lägre på SKAS.

## SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	33,5	45,8	32,1	21,7	43,8	40,6
Index	100,0	136,6	95,7	64,8	130,7	121,2
Indexförändring mellan år		36,6	-41,0	-30,9	65,9	-9,5

Källa: Raintance

## Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	141,6	200,1	173,7	122,0	135,8	0,0
Index	100,0	141,3	122,6	86,1	95,9	0,0
Indexförändring mellan år		41,3	-18,7	-36,5	9,8	

Källa: Raintance UDP, VGR EK Resultatklub

## Köpt vård

Kostnaderna för köpt vård (garanti- valfrihet-, högspecialiserad vård) har visat en positiv trend sedan 2010 även om 2015 innebär en kostnadsökning jämfört med tidigare år. SkaS har under 2015 haft sämre tillgänglighet vilket gjort att fler patienter valt att åka till andra vårdgivare via valfriheten då det inte funnits avtal att avropa inom vårdgaranti. Den nya patientlagen ger även patienter större möjlighet att söka vård hos andra vårdgivare. Detta har till viss del påverkat kostnadsökningen.

### SKAS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	68,4	67,4	63,8	60,7	54,9	57,1
Index	100,0	98,5	93,3	88,6	80,2	83,4
Indexförändring mellan år		-1,5	-5,2	-4,7	-8,5	3,3

### Jämförelse med SÅS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÅS+NU, mnkr	148,5	176,5	167,4	193,1	143,4	127,6
Index	100,0	118,9	112,7	130,0	96,6	85,9
Indexförändring mellan år		18,9	-6,1	17,3	-33,4	-10,7

## Läkemedel

Kostnaden för läkemedel har ökat kraftigt framförallt under 2015 till följd av kostnad för verksamma läkemedel för behandling av Hepatit C samt avsaknad av större patentutgångar. Större delen av kostnaden för Hepatit-C-läkemedel (90%) täcks 2015 med intäkter via sk ordnat införande. Kostnaden uppgår till ca 22 mnkr för 2015. Kostnadsutvecklingen 2015 exklusive Hepatit-C-lm uppgår till cirka 8%. I maj 2013 förändrades redovisningsrutiner för stomi-produkter och i oktober för diabetes. Kostnaden redovisas från maj resp oktober 2013 under kontoslag medicinskt material i stället för under kontoslag läkemedel.

### SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	386,3	412,9	396,1	398,4	406,6	460,3
Varav ordn införande och soli	6,0	5,6	16,4	13,9	18,9	44,9
Index	100,0	106,9	102,5	103,1	105,2	119,1
Indexförändring mellan år		6,9	-4,4	0,6	2,1	13,9

Källa: Raindance

### Jämförelse med SÅS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÅS+NU, mnkr	753,4	769,8	796,4	786,8	805,5	0,0
Index	100,0	102,2	105,7	104,4	106,9	0,0
Indexförändring mellan år		2,2	3,5	-1,3	2,5	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatku

### Medicinskt material

Kostnaden för medicinskt material har ökat med 56 miljoner kronor sedan 2010. Kostnadsutvecklingen för medicinskt material har varit kraftig de två senaste åren. Det är främst kostnadsökningar för dyrare medicinskt material på operation och IVC som ökar, både på grund av prisökningar men även till följd av volymökningar av materialkrävande ingrepp på IVC. Under 2015 förklaras den höga kostnadsutvecklingen till stor del av att man inom diabetesvården börjat införa diabetessensorer, kostnaden för dessa uppgår till ca 13 miljoner kronor 2015. I maj 2013 införs förändrade redovisningsrutiner för stomiprodukter och i oktober för diabetesprodukter. Kostnaden redovisas från maj resp oktober under kontoslag medicinskt material i stället för kontoslag läkemedel. Den förändrade redovisningsrutinen hade störst genomslag 2014, cirka 10 mkr och är en orsak till den stora kostnadsökningen mellan 2013 och 2014 för medicinskt material.

#### SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	119,5	123,2	119,7	126,7	157,6	175,4
Index	100,0	103,0	100,2	106,0	131,8	146,7
Indexförändring mellan år		3,0	-2,9	5,8	25,9	14,9

Källa: Raindance

#### Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	280,1	289,4	270,8	308,7	357,9	0,0
Index	100,0	103,3	96,7	110,2	127,8	0,0
Indexförändring mellan år		3,3	-6,6	13,5	17,6	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatklub

Eftersom flera förändringar skett i redovisningen mellan kontogrupperna för medicinskt material och läkemedel så redovisas nedan en tabell med summan av kostnaden för läkemedel och medicinskt material där effekten av dessa förändringar neutraliseras.

#### SkaS läkemedel+medicinskt material

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	505,9	536,1	515,8	525,0	564,2	635,7
Index	100,0	106,0	102,0	103,8	111,5	125,7
Indexförändring mellan år		6,0	-4,0	1,8	7,7	14,1

Källa: Raindance

#### Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	1 034	1 059	1 067	1 096	1 163	0,0
Index	100	102,5	103,3	106,0	112,6	0,0
		2,5	0,8	2,7	6,6	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatklub

### Hjälpmiddel

Vid jämförelse med övriga sjukhus (NU, SÄS) har SkaS en hög kostnad för ortopedtekniska hjälpmedel och service.

*Kostnad 2014 OTA*

Tkr	SkaS	NU	SÄS
Löner och sociala avgifter	14 400	10 049	10 925
Hjälpmedel	19 978	10 384	14 554
Hyra	996	2 285	236
Gånglab	450		
Övrigt	6 000	5 025	6 364
<b>Totalt</b>	<b>41 824</b>	<b>27 743</b>	<b>32 079</b>

Analys visar att Skaraborgs Ortopedservice (SOSAB) har hög kvalitet, god tillgänglighet och höga volymer vilket även genererar en hög kostnad. Nuvarande avtal gäller sedan 2013 och bedömdes vid avtalstecknandet ge en betydande kostnadsminskning jämfört med tidigare år. Kostnadsminskningen har uteblivit främst beroende på ökade volymer.

För medicinska hjälpmedel har en förändring av kostnadsansvar för så kallad förtroendeförskrivning genomförts från 2015. Förändringen innebär att de medicinska hjälpmedel som Närhälsan förskriver inte längre budgeteras och kostnadsförs på SkaS. Förändringen genomfördes från 2015 och uppgår till ca 3,7 mnkr. Redovisningen av hjälpmedlet CPAP (andningsmask) har ändrats från kontogrupp hjälpmedel till medicinskt material i april 2015, vilket påverkat totalkostnaden för hjälpmedel som minskat med ca 2,7 mnkr under 2015.

Med hänsyn tagen till de redovisningsmässiga förändringar som genomförts 2015 är kostnadsnivån för hjälpmedel oförändrad 2015 jämfört med 2014. (Nedanstående belopp redovisas enligt bokföringen, dvs exklusive justeringar för redovisningsmässiga förändringar).

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	58,5	66,4	60,8	62,2	66,6	57,2
Index	100,0	113,5	103,8	106,4	113,8	97,7
		13,5	-9,7	2,5	7,5	-16,1

Källa: Raindance

### Laboratorieanalyser

Kostnadsökningen för labanalyser har varit hög under 2015. Ökningen avser främst köp från Unilab AB, vilken utgör den största leverantören av labanalyser till SkaS, men även kostnaderna för köp av labanalyser från SU har ökat. Ökningen förklaras till stor del av volymökning vilken har flera olika orsaker, tex fler onkologipatienter, ändrade provtagningsrutiner inför nybesök för knä- och höftartrosor, utökad läkarbemanning inom vissa specialiteter vilket har lett till ökad öppenvårdsproduktion och ökat antal provtagningar (just nu högt antal behandlade hematologpatienter, ökning även av patientflöden på hudmottagning), standardiserat arbetssätt på akutmottagningen i Lidköping när det gäller labprover, mer provtagning inför start av hepatitbehandling, ökning av antal tuberkulospatienter, att övertag från SU av njurtransplanterade patienter sker tidigare mm. En tydlig minskning av kostnaden märks 2012. Nytt avtal med Unilab AB ger lägre priser från 2012 samt att nuklearmedicin (ca 6 mnkr) övertas i egen regi från Unilab.

#### SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	134,2	142,6	118,9	115,2	122,3	131,8
Index	100,0	106,2	88,6	85,8	91,1	98,2
Indexförändring mellan år		6,2	-17,6	-2,8	5,3	7,1

Källa: Raindance

#### Hyror och lokalkostnader

Årskostnaden för hyra av sjukhusets lokaler samt larm och bevakning har ökat med 50 miljoner kronor mellan åren 2010-2015. Den främsta orsaken till kostnadsökningen är ny internhyresmodell för lokaler. Totalt har effekten av den nya internhyresmodellen påverkat SkaS kostnads-/intäktsnivå negativt med cirka 40 miljoner kronor. Förändringen är genomförd stegvis under 2013-2015 där effekten mellan 2014 och 2015 uppgår till -27 miljoner kronor. Andra orsaker till hyresökningen är omfattande ombyggnationer och lokalförändringar i samband med PCB-sanering i Skövde samt större lokalinvesteringar vid Lidköpings sjukhus.

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	188,2	195,4	208,7	221,5	233,4	238,9
Index	100,0	103,8	110,9	117,7	124,0	127,0
		3,8	7,1	6,8	6,3	3,0

Källa: Raindance

#### Jämförelse med SäS och NU

	Budget (kr) 2016	Påverkan ny hyresmodell	2015/nov utfall ack per nov			Nyckeltal:			
			Kontraktstyta	Anställda	Prestpoäng i VÖK 2016	Kr/m <sup>2</sup>	Kr/anställd	Kr/prestpoäng	
SkaS	219 258 012	40 000 000	157/197	150 105	4 440	60 999	1 461	49 382	3 594
Mariefstad	10 557 579			6 250			1 689		
Falköping	37 786 344			23 243			1 626		
Lidköping	45 429 600			27 667			1 642		
Skövde	125 484 489			92 946			1 350		
NU	237 990 778	-6 000 000	230/224	152 953	5 542	69 990	1 556	42 943	3 400
SäS	194 702 848	-10 000 000	197/187	122 894	4 290	54 576	1 584	45 385	3 568

Källa: Uppgifter om budget och yta från Västfastigheter, Patrik Rubensson. Nyckeltalsberäkningar gjorda utifrån antal anställda per nov 2015 samt ack prestationspoäng per november 2015 enligt data i Cognos UDP.

#### Avskrivningar

Kostnaden för avskrivningar har ökat i takt med att ny medicinsk utrustning införs, som kostar mer än den utrustning som utranteras, samt till följd av större lokalinvesteringar. Kostnaden för avskrivningar kommer att öka framöver i samband med större fastighetsinvesteringar, främst för serviceblocket (operation, anestesi, IVA, bild- och funktionsmedicin). Medicintekniska avdelningen arbetar för att i så stor utsträckning som möjligt senarelägga vissa utbyten enligt plan, för att komma i fas med fastighetsprojekten och de utbyten som kommer att vara nödvändiga i samband med att nya lokaler står färdiga.

#### SkaS

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad, mnkr	57,2	57,3	67,2	68,9	68,0	70,4
Index	100,0	100,1	117,6	120,4	118,9	123,1
Indexförändring mellan år		0,1	17,5	2,9	-1,6	4,2

Källa: Raindance

#### Jämförelse med SÄS och NU

År	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kostnad SÄS+NU, mnkr	139,3	143,4	149,5	152,1	148,4	
Index	100,0	102,9	107,3	109,2	106,5	
Indexförändring mellan år		2,9	4,4	1,9	-2,7	

Källa: Raindance UDP, VGR EK Resultatklub

#### Sammanfattning kostnadsutveckling

Vid genomgång av kostnadsutvecklingen för ovanstående kostnadslag kan man inte se något som tyder på att SKAS generellt haft en högre kostnadsutveckling än övriga jämförbara sjukhus (NU+SÄS). Det som avviker något är kostnadsutvecklingen för bemanningsföretag, kostnaden för hyra och avskrivningar samt ortopedtekniska hjälpmedel och service.

När det gäller kostnad för bemanningsföretag är det den procentuella utvecklingen som är högre på SkaS, den faktiska kostnadsnivån har dock varit lägre på SkaS i utgångsläget (basår 2010).

Hyreskostnaden på SkaS är hög, även i relation till antal anställda och prestationspoäng. Detta indikerar att SkaS har en högre kostnad för den struktur som finns i Skaraborg, med fyra sjukhusorter och en akutsjukvård på två orter, än övriga jämförbara sjukhus.

För ortopedteknisk service och ortopedtekniska hjälpmedel kan vid jämförelse med SÄS och NU-sjukvården konstateras, enligt tidigare utförd analys, att SkaS har en högre kostnad för denna verksamhet men även en högre volym och en hög tillgänglighet.

De kostnadslag som under perioden 2010-2015 samt enskilt år 2015 har påverkat SkaS kostnadsnivå mest framgår av nedanstående tabell. En viss del av kostnadsökningen har täckts av särskilda intäkter vid sidan av vårdöverenskommelsen, t ex medel för ordnat införande av läkemedel, introduktionsfinansiering ledtider cancer och närsjukvårdsprojekt, men denna finansiering är oftast tidsbegränsad och verksamheten har i förlängningen ett ansvar att finansiera även dessa kostnadsökningar.

#### Sammanställning av kostnadsutveckling vissa kostnadslag

Kostnadslag	Årsbelopp mnkr 2015	Kostnadsförändring %		Kostnadsförändring mnkr	
		2010-2015	2014-2015	2010-2015	2014-2015
Personalkostnad inkl bemftg	2 411,2	21%	4%	419,2	86,4
- varav bemftg	40,6	21%	-7%	7,1	-3,2
- varav övertid	45,2	9%	-10%	3,7	-4,8
Läkemedel	460,3	19%	13%	74,0	53,7
Medicinskt material	175,4	47%	11%	55,8	17,8
Laboratorieanalyser	131,8	-2%	8%	-2,4	9,5
Hyra och lokalkostnader	238,9	27%	2%	50,7	5,6
Avskrivningar utrustning	70,4	23%	4%	13,2	2,4
Hjälpmedel	57,2	-2%	-14%	-1,3	-9,4
Total bruttokostnad	4 004,8	20%	5%	660,6	185,2

## Ekonomins utveckling under 2015 på SkaS

Den ekonomiska budgetavvikelsen 2015 uppgår enligt prognos till cirka -70 miljoner kronor avseende verksamhetens resultat. Åtgärder har under 2015 liksom tidigare år vidtagits av sjukhusets verksamheter för att anpassa kostnader till budgeterad nivå. Effekten av de vidtagna åtgärderna uppgår till en kostnadsreducering på cirka 48 miljoner kronor under 2015 jämfört med 2014. Trots detta har den negativa budgetavvikelsen ökat under året. Anledningen till den ekonomiska obalansen kan delas upp i tre huvudorsaker:

- Ingående ekonomisk obalans från tidigare år
- Förändrade förutsättningar i budget 2015
- Verksamhetsförändringar som medfört betydande ökade kostnader

### Ingående ekonomisk obalans

Den ingående obalansen från tidigare år utgörs bland annat av dyra bemanningslösningar för sommarmånaderna och för de verksamheter där bemanningsföretag och övertid använts som lösning på ett kompetensförsörjningsproblem, vilket har fortsatt under 2015. I obalansen ligger också en rest från tidigare års kostnadsökningar, bland annat för läkemedel och medicinskt material, som inte verksamheten har lyckats hantera helt med tidigare genomförda ekonomiska åtgärder och effektiviseringar. SkaS har även sedan tidigare en hög sjukfrånvaro och i vissa verksamheter en hög personalomsättning vilket genererar merkostnader. Läkarutbildningen är ofinansierad med 7 miljoner kronor.

### Förändrade budgetförutsättningar

Inför budgetår 2015 förändrades SkaS budgetförutsättningar så att nettoeffekten, trots budgettillskott till följd av skattehöjningen, blev cirka +/- 0.

- |   |          |
|---|----------|
| - Ersättningen i VÖK minskas med 1% (effektiviseringskrav), cirka | -33 mnkr |
| - Förändrad resursfördelning, år 1                                | -30 mnkr |
| - Effekt 2015 av ny internhyresmodell                             | -27 mnkr |
| - Tillfälligt omställningsbidrag                                  | +20 mnkr |
| - Utökad budget (skattehöjning)                                   | +75 mnkr |

### Verksamhetsförändring som inneburit ökade kostnader

- Vuxenpsykiatrien har tidigare år genererat stora överskott på grund av vakanser. Den ökade bemanning som skett senaste året samt behov av bemanningsföretag innebär att överskottet minskar med cirka 20 mnkr.
- Vid uppbyggnad av palliativ vårdavdelning i Skövde var avsikten att denna skulle finansieras genom omfördelning av vårdplatser och budget. Omfördelningen uteblev då den åtgärden redan utnyttjats i annan effektivisering. Merkostnaden 2015 uppgår till 10 mnkr.
- Medicinskt material:
  - o Diabetessensorer, ökad kostnad med cirka 13 mnkr.
  - o Volym och prisökning IVC, prisökning Operation, totalt cirka 6 mnkr.
- Läkemedel
  - o Kostnadsökning utöver indexuppräknning och utöver kompensation inom ordnat införande (exempel Hepatit-C, inflammatoriska sjukdomar, malign tumörsjukdom mm), cirka 10 mnkr.

- Ofinansierat nytt uppdrag, ny gränsdragning mot Habiliteringen (behandlingsansvar för barn med autism utan utvecklingsstörning) innebär en merkostnad på cirka 4 mnkr.
- Utökad uppdrag för läkarutbildning, ökade hyror pga PCB-sanering mm, cirka 12 mnkr.

Sammanlagt ger de förändrade budgetförutsättningarna och de mer eller mindre påverkbara kostnadsförändringarna enligt ovan en negativ effekt på ekonomin 2015 med cirka -75 miljoner kronor, det vill säga överstiger den positiva ekonomiska effekten av genomförda åtgärder med knappt 30 miljoner kronor. Detta tillsammans med den ingående obalansen från 2014 (årsresultat 2014 -56 miljoner kronor) ger ett negativt ekonomiskt resultat 2015.

## Ekonomi 2016-2020

Budgetavvikelsen under hösten 2015 ligger mellan -5 och -7 miljoner kronor per månad, se nedanstående tabell. Vid ingången av år 2016 finns därmed en ingående ekonomisk obalans på cirka -60-70 miljoner kronor för helåret. Avvikelsen är delvis förklarad av förändringar och kostnadsökningar enligt ovanstående beskrivning samt problem som funnits sedan tidigare år med bemanning och schemaläggning, produktions- och kapacitetsplanering, kvalitetsbristkostnader (vårdskador), lokalplanering, ofinansierade verksamheter (tex läkarutbildningen) mm som tillsammans ger en allt för hög kostnad för driften av sjukhusets verksamheter.

På såväl kort som längre sikt (2016-2020) kommer de ekonomiska förutsättningarna för Skaraborgs sjukhus bli än mer ansträngda. Förutom den ingående obalansen på ca -70 miljoner kronor visar en grov beräkning att åtgärder motsvarande ytterligare cirka 300 mnkr behöver vidtas för en ekonomi i balans 2020, det vill säga ett åtgärdsbehov på totalt närmare 400 miljoner kronor. I detta belopp ingår inte eventuella ytterligare konsekvenser av förändringar i VGR:s resursfördelningsmodell än det som fick genomslag fr o m budgetår 2015.

De största orsakerna till det utökade åtgärdsbehovet redovisas i nedanstående tabell. Summan visar det ytterligare åtgärdsbehov som tillkommer fram till år 2020, förutom den ingående obalansen från 2015 på 70 mnkr.

	2016	2017	2018	2019	2020	Summa 2016-2020
<b>Förändringar i VÖK</b>						
Förstärkt finansiering, VÖK	30					30
Ordnat införande, VÖK	13					13
"Omställningsbidrag" tas bort, VÖK	-10	-10				-20
<b>Fastighetsinvesteringar och PCB-sanering</b>						
Ökade lokalkostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-12	-16	-27	-17	-17	-89
Evakueringskostnad PCB-sanering	12					12
Ökade avskrivningskostnader (till följd av fastighetsinvesteringar)	-3	-6	-15	-13	-13	-50
<b>Övriga förändringar</b>						
Läkarutbildning, beräknad utökning	-2	-2				-4
Ny styrmodell Regionservice tjänster	-2					-2
Förändrade stödriktlinjer VGR, Regionservice (?)		-6	-6			-12
Slutenvårdsdos		-4				-4
IS/IT, "Vindenfinansiering" mm (?)	-5					-5
<b>Summa</b>	<b>21</b>	<b>-44</b>	<b>-48</b>	<b>-30</b>	<b>-30</b>	<b>-131</b>

Bedömt effektiviseringskrav (skillnad mellan indexuppräknig i VÖK och bedömd kostnadsutv, lågt räknat 1%)	-33	-33	-33	-33	-33	-165
---	-----	-----	-----	-----	-----	------

<b>Totalt ytterligare behov av kostnadsminskningar</b>	<b>-12</b>	<b>-77</b>	<b>-81</b>	<b>-63</b>	<b>-63</b>	<b>-296</b>
--	------------	------------	------------	------------	------------	-------------

## Åtgärder för ekonomi i balans

De åtgärder som vidtagits för att reducera kostnader under 2015 fortgår under 2016. För 2015 har verksamheten redovisat kostnadsreducering med cirka 48 miljoner kronor. En del av åtgärderna får inte helårseffekt förrän under 2016. I verksamhetsplanen för 2016 har verksamhetscheferna redovisat ytterligare planerade åtgärder för ekonomi i balans. Bedömningen är att den ytterligare effekten av 2015 års åtgärder samt de ytterligare åtgärder enligt verksamhetschefernas åtgärdsplaner för 2016 uppgår till cirka 30 miljoner kronor. Verksamhetschefernas åtgärdsplaner består av ett flertal olika aktiviteter, som exempel kan nämnas:

- Förändrade arbets sätt och förbättrad schemaläggning/planering leder till minskat bemanningsbehov och minskad övertid.
- Vakanshållning av tjänster.
- Revidering av arbetstidsmodeller, poängmodeller.
- Bemanningföretag ersätts med anställd personal.
- Sammanslagning och/eller utökad samordning av verksamheter.
- Utökade regionala uppdrag där ledig kapacitet finns, till exempel koloskopier.
- Åtgärder för minskade läkemedelskostnader, i samarbete med apotekare.
- Minskad kostnad för utbildning, kurser och konferenser.
- Minskade kostnader för rekrytering (annonsering).

Förutom verksamheternas åtgärdsplaner gäller en sjukhusgemensam anställningsrestriktion sedan hösten 2014 och det pågår kostnadsreducerande åtgärder på sjukhusövergripande nivå inom bland annat områdena labanalyser, läkemedel och hjälpmedel.

En sjukhusövergripande handlingsplan med åtgärder för att förbättra arbetsmiljön och på sikt minska sjukfrånvaro och personalomsättning finns framtagen. Ett projekt med fokus på i första hand korttidsfrånvaron har startats upp i samverkan mellan HR, Hälsan & Arbetslivet och första linjens chefer. En översyn pågår av schemaläggning och bemanning i syfte att resursåtgången och skapa ökad kontinuitet för medarbetare och patienter, vilket bidrar till en förbättrad arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

Under året har ett arbete bedrivits tillsammans med konsult för att genomlysas bemanningen på vårdavdelning. Resultatet har påvisat stora olikheter i bemanningsbehov men även i sättet att bemanna, både avseende resursåtgång och kompetensmix. Ett fortsatt arbete är därför initierat som ska omfatta samtliga slutenvårdsavdelningar vid sjukhuset och som ska stötta och utveckla cheferna i bemanningsfrågor.

En vårdplatsutredning har genomförts under hösten som visat på behov av samordning och omfördelning av befintliga vårdplatser. Detta arbete fortsätter under 2016. En översyn för optimering av ambulansorganisationens resurser pågår och ska redovisas i januari 2016.

Under året har elva fokusgrupper startats upp för att skapa fokus, delaktighet, aktivitet och utveckling kring sjukhusövergripande och strategiskt viktiga framtidsområden. Arbetet fokuserar på långsiktiga lösningar och helhetssyn på hela vårdkedjan.

Det återstående åtgärdsbehovet för 2016 uppgår till cirka 50 miljoner kronor enligt nedanstående beräkning:

Ingående obalans: -70 mnkr

Förändrat ekonomiskt läge 2016 (se ovanstående tabell) : -12 mnkr

Effekt av nuvarande och planerade åtgärder: + 30 mnkr

Summa: -52 mnkr

Enligt RS förslag till beslut i RF erhåller SkaS ett beviljat underskott för verksamhetsår 2016 med 45 miljoner kronor. Åtgärder behöver dock vidtas för att minska kostnadsnivån under 2016 med ytterligare 50 miljoner kronor så att ekonomisk balans uppnås senast i månadsresultatet per november 2016. De åtgärder som vidtas bör vara långsiktiga och beslutade ur ett helhetsperspektiv för SkaS.

Delrapport : Produktionsutveckling

Risk- och konsekvensrapport

För

Skaraborgs Sjukhus

		<b>Publiceringsdatum:</b> 2016-01-13	<b>Diariernr:</b> SkaS 228-2015
<b>Ämne:</b> Ekonomi/Produktion	<b>Dokumentnamn:</b> Produktionsutveckling SkaS 2012-2015	<b>Gäller vid:</b> SkaS	<b>Sida:</b> 1(11)
<b>Handläggare:</b> Charlotte Ejerblom	<b>Godkänt av:</b> GPS	<b>Revideringsdatum:</b>	<b>Version:</b>

## **Produktionsutveckling SkaS 2012-2015**

### **Syfte**

Syftet med denna rapport är att beskriva hur SkaS får sitt produktionsuppdrag, dels från nämnder vårdöverenskommelse (VÖK) och dels via VGR. Rapporten ska beskriva vilka faktorer som påverkar den produktionsbudget som fastställs i VÖK. Rapporten ska även redovisa vilka åtgärder som krävs för att nå uppsatta mål för beställd vård och tillgänglighet enligt vårdgaranti.

### **Sammanfattning**

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den vård som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har för länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

Patientprocesser förändras över tid av bland annat teknisk, digital och medicinsk utveckling. Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patientprocesser innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården totalt.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål krävs utvecklingsarbete inom flera olika områden, bland annat:

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser
- Utveckla patientprocesser
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsjukvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

Effektiviseringar och utveckling av patientprocesser är nödvändig, inte bara utifrån krav på fastställda produktionsvolymer utan också för att möta de kostnadsökningar som den tekniska och medicinska utvecklingen bidrar till.

## Produktionsbudget

SkaS totala produktionsbudget består av tre delar och summeras i detaljbudgeten.

1. Störst produktionsvolym finns i budgeten som fastställs i VÖK. Detta är huvuduppdraget för SkaS. Budgeten i VÖK beskriver hur mycket vård som ska utföras på SkaS åt invånare inom upptagningsområdet för Östra hälso- och sjukvårdsnämnden.
2. Utöver produktionsbudgeten i VÖK har SkaS även en budget för produktion av vård för patienter från övriga sjukvårdsnämnder inom regionen samt för patienter boende utanför VGR.
3. I december 2013 tog regionstyrelsen beslut om Regional produktionsstyrning. Beslutet innebär en regiongemensam produktionsstyrning inom vissa diagnosgrupper för att öka kvalitet och förbättra tillgänglighet för invånarna i Västra Götaland. Varje år i samband med budgetarbetet fastställs hur stort tilläggsuppdrag respektive sjukhus ska ha. Under 2015 har SkaS tilläggsuppdrag för obesitasoperationer, koloskopier och höft-/knäplastiker.

## Budgetarbetet

Inför ett nytt budgetår förs en dialog kring vilka volymer som ska produceras inom de tre olika budgetposterna.

1. Produktionsbudgeten i VÖK bestäms främst utifrån tidigare års produktion. Andra faktorer som påverkar är nya och förändrade uppdrag, förändring av vårdplatser samt hur tillgänglighet till besök och behandling ser ut. En annan faktor som har stor påverkan är den medicinska och tekniska utvecklingen.
2. Budget för patienter boende utanför VGR baseras på tidigare års utfall.
3. Budget inom Regional produktionsstyrning baseras främst på hur tillgängligheten inom vissa diagnosgrupper ser ut.

## Produktionsanalys och utveckling av produktionsbudget 2012-2016

Under slutet av 2012 och under 2013 skedde en förändring i produktionsutfallet inom slutenvården på Skaraborgs Sjukhus. Förändringen fortsatte 2014, om än i mindre omfattning. I december 2014 var antal sjukhusvårdtillfällen 1 260 färre jämfört budget och antal DRG-poäng hade minskat med 1 500 poäng jämfört med budget.

En förklaring till avvikelserna var minskat antal vårdplatser inom somatisk slutenvård, men detta förklarade inte hela förändringen. En fördjupad analys av slutenvården gjordes för att hitta orsaker till förändringen.

Tabellen nedan visar antal sjukhusvårdtillfällen per år inom somatiska vårdavdelningar. I tabellen ser man att det sker en förändring i antal sjukhusvårdtillfällen mellan åren 2012 och 2013.

	Sjukhus Vtf	DRG-vikt	Kostnad/DRG-poäng	Medelvårdtid
2010	37 141	32 352	49 895 kr	5,00
2011	37 543	32 437	49 654 kr	4,85
2012	37 451	32 479	48 160 kr	4,82
2013	35 856	31 125	51 431 kr	4,85
2014	35 506	31 001	51 406 kr	5,05
2015				

### Fördjupad analys av slutenvårdsproduktion

En fördjupad produktionsanalys av slutenvården gjordes för att hitta orsaker till förändringen. Analysen bifogas denna rapport, se bilaga 1 – Produktionsanalys somatisk slutenvård.

Analysen av somatisk slutenvård visade att förändringen kunde delas in i fyra grupper. För mer information om innehållet i varje grupp se sidan 3-5 i bilaga 1.

1. Anpassning efter medicinska riktlinjer (-285 DRG-poäng, -265 sjukhusvårdtillfällen)
2. Förändrat behov (-377 DRG-poäng, -583 sjukhusvårdtillfällen)
3. Överföring från slutenvård till öppenvård (-280 DRG-poäng, -272 sjukhusvårdtillfällen)
4. Överföring till annan förvaltning (-312 DRG-poäng, -64 sjukhusvårdtillfällen)

### Slutsats produktionsanalys

En slutsats i analysen var att patientprocesser förändras över tid. Under senare år har den tekniska, digitala och medicinska utvecklingen påverkat patientprocesser inom alla verksamhetsområden.

Förändringarna påverkar faktiskt produktionsutfall som i sin tur påverkar överenskommen produktionsbudget i VÖK. När vård flyttas från slutenvård till öppenvård genereras fler öppenvårdsbesök, men eftersom det samtidigt sker förändringar i andra patientprocesser innebär en flytt från slutenvård till öppenvård inte automatiskt fler budgeterade besök i öppenvården.

Ny teknik och nya läkemedel är dyra. Vid flytt av slutenvård till öppenvård krävs ofta samma resursåtgång. Detta gör att det inte alltid finns en koppling mellan minskat antal vårdkontakter och minskad totalkostnad för sjukhuset.

### Budgetutveckling 2012-2016

Inför 2012 fastställdes både öppen- och slutenvårdsbudgeten utifrån faktiskt produktionsutfall 2011. Detta gjordes för alla sjukhus i regionen. Inför varje nytt budgetår förändras budgeterade volymer i VÖK baserat på tidigare års utfall,

### Öppenvårdsbudget

Nedanstående tabell visar budgetförändringar under perioden 2012-2016 samt kommentarer till justeringar inom öppenvården.

Budget öppenvård	Budget 2012	Budget 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016
Besök	211 119	216 000	211 000	201 000	205 000
DRG-besök	73 300	68 400	67 600	68 300	70 000
VUP	46 758	46 500	46 500	42 000	43 000
BUP	10 072	10 000	10 000	10 000	10 000
Totalt antal besök exkl akuten	341 249	340 900	335 100	321 300	328 000

DRG poäng öppenvård		7 250	7 000	6 930	7 260
---------------------	--	-------	-------	-------	-------

#### Kommentar till budgetjustering 2015

**Öppenvårdsbesök:** "Justering av besök 2015 pga förändrade arbetssätt. T.ex ny rutin på Hud där man gör klart patienten på ett besök i stället för 2 besök. Förskjutning från "öga mot öga" till telefonbesök som inte räknas som "prissatta besök".

#### Kommentar till budgetjustering 2016

**Öppenvårdsbesök:** "Trend visar ökat antal besök, främst efterföljande besök. Justerar för detta.  
**DRG-besök:** Ökning av antal DRG-besök bland annat till följd av flytt från slutenvård till öppenvård."

#### Slutenvårdsbudget

Nedanstående tabell visar budgetförändringar inom slutenvården samt kommentarer till justeringen inom slutenvården. I 2015 års budget är hänsyn tagen till produktionsanalysen som beskrivits ovan.

Budget slutenvård	Budget 2012	Budget 2013	Budget 2014	Budget 2015	Budget 2016
Sjukhusvårdtillfällen somatik	37 284	35 700	35 535	33 600	33 600
DRG poäng somatik	33 703	31 800	31 319	28 620	30 000
Vårdtillfällen VUP	1 617	1 620	1 620	1 620	1 620
Vård dagar VUP	39 702	36 500	26 500	26 500	26 500
Antal inskrivna BUP	48	60	60	60	70
Antal vård dagar BUP	1 016	1 000	900	900	900
Antal vård dagar R-psyk	7 300	7 300	7 900	7 900	7 900

#### Kommentar till budgetjustering 2014

"Förändring av budgeterade vård dagar inom vuxenpsykiatri beroende på att permissionsdagar tidigare varit inkluderade i budgeten. Från och med 2013 redovisas inte permissionsdagar i produktionsutfall."

#### Kommentar till budgetjustering 2015

"Inför VÖK 2015 gjordes en fördjupad analys av produktionsutfallet 2011-2014 för att hitta en förklaring till de förändringar som kunde ses i produktionsutfall, framförallt mellan åren 2012 och 2013. Produktionsbudget 2015 justerades utifrån analysen." (se kapitel produktionsanalys nedan).

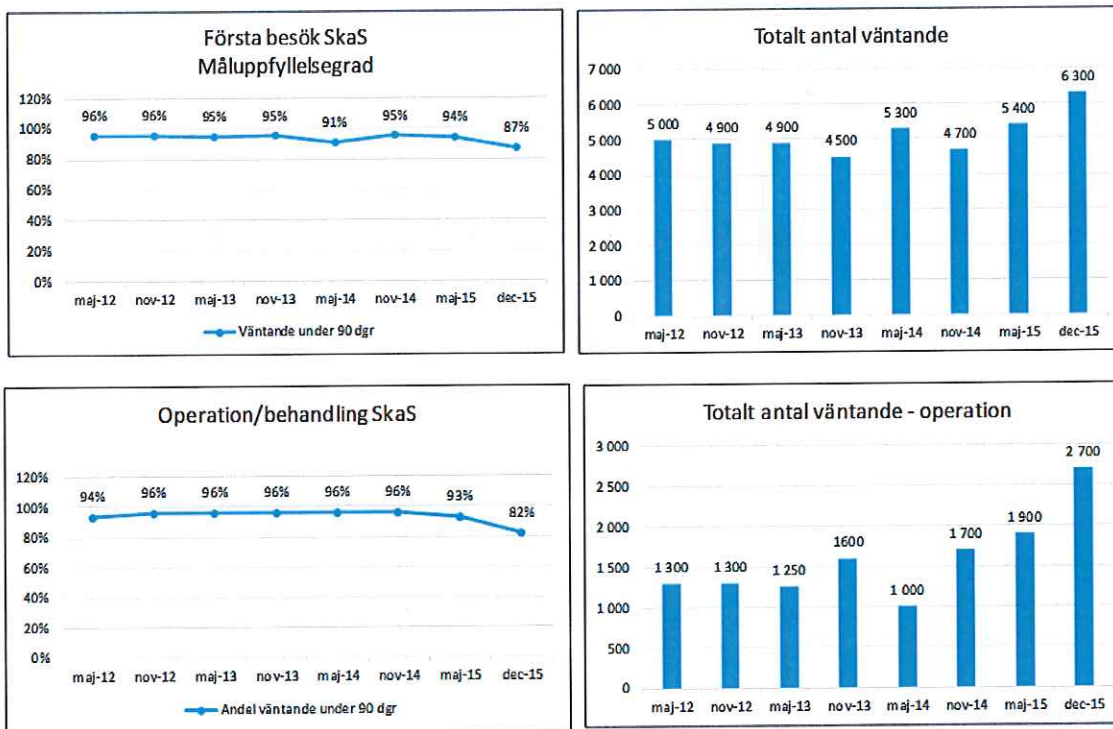
#### Förändring av tillgänglighet till första besök och första behandling 2012-2015

Tillgängligheten är en faktor som påverkar beställda produktionsvolymerna i VÖK. Under åren 2012-2014 var tillgängligheten på SkaS god med ett snitt runt 95 procent i måluppfyllelse.

Speciellt fokus under 2015 har varit att förbättra tillgängligheten för patienter med misstänkt cancer genom standardiserade vårdförlopp. Detta arbete har inte påverkat tillgängligheten negativt för övriga patienter.

Totalt antal väntande till första besök har i snitt uppgått till 5 000 patienter sedan maj 2012. Under 2015 har antal väntande patienter till besök ökat och uppgick efter december till 6 300. Även antal väntande till operation/behandling har under 2015 ökat och måluppfyllelsen har försämrats till 82 procent efter att ha legat på 96 procent tidigare år.

Nedanstående diagram visar förändringen i måluppfyllelse och antal väntande under perioden 2012-2015. Två mätperioder per år. Under 2015 ökade antal patienter i kö inom VGR till operation/behandling med cirka 3 000 patienter varav SkaS står för 900 av denna ökning. Tidigare år har SkaS inte bidragit till någon ökning.



Det finns flera förklaringar till förändringen av köer under 2015.

- Sjukskrivningar och/eller vakanta läkartjänster inom verksamheter med stora patientflöden till exempel ortopedi, kvinnosjukvård och urologi.
- Avtalstiden för regionalt volymavtal för ”övrig” ortopedi gick ut i december 2014.
- Sjuksköterskebrist som påverkat möjligheten att hålla operationssalar öppna samt skapat problem med att kunna genomföra planerad utökning av vårdplatser inom vissa specialiteter
- Under 2015 skickades färre patienter till externa vårdgivare än under 2014. Kostnaden för köpt garantivård har minskat med 9 miljoner kronor.
- Ökat remissinflöde
- Ökat antal uteblivna besök

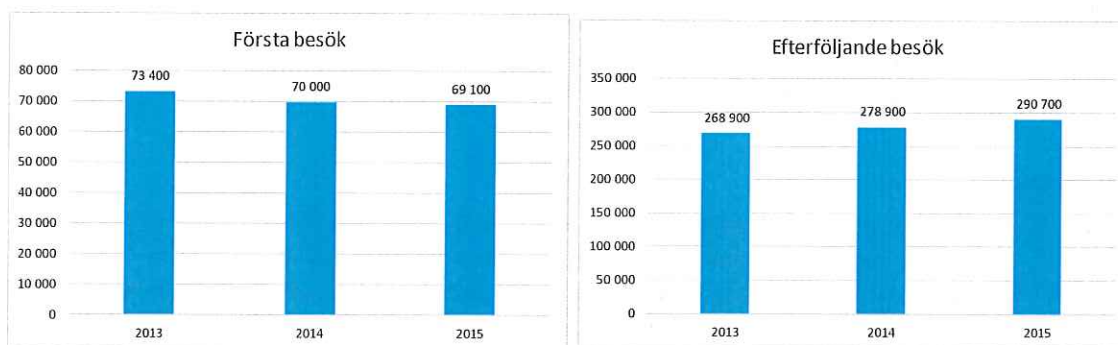
#### Remissinflöde, uteblivna och antal första besök

Remissinflödet påverkar både tillgänglighet och resursåtgång. Remissinflödet har ökat med tre procent under perioden 2013-2015. Det går inte att särskilja några specifika verksamheter som påverkats extra mycket av ökningen utan ökningen ses inom flera verksamheter. Ökningen av remisser kan inte ensamt förklara hela försämringen i tillgänglighet under 2015. Ett ökat remissinflöde påverkar däremot verksamheter på olika sätt beroende på vilka möjligheter de har att på kort sikt ställa om sina resurser för att möta ett ökat inflöde.

Tabellen visar remissinflöde 2013-2015 samt hur många remisser som skickas tillbaka till remittent alternativt vidarebefordras till extern vårdgivare. Total remissökning uppgår till 1 600 remisser.

	2013	2014	2015	Förändring 2015-2013
Totalt antal remisser	104 000	106 000	107 000	3%
Varav återrem alt vidarebefordrade	20 000	21 400	21 400	7%

Antal första besök har minskat under perioden 2013 till 2015. Denna minskning har delvis påverkat tillgängligheten negativt. Antal första besök har också påverkats av förändrade registreringsrutiner och förändrade patientprocesser. Första besök har minskat med 4 300 besök (6 procent) och efterföljande besök har ökat med 21 800 besök (8 procent) under perioden 2013-2015.



En annan faktor som påverkar tillgängligheten är antal uteblivna besök. Det är inte bara första besök som blir uteblivna besök, men uppskattningen är att det är en stor andel av de uteblivna besöken som är första besök. Oavsett om det är första besök eller efterföljande besök binder uteblivna besök upp resurser och mottagningstider för patienter som står i kö. Antal uteblivna besök har ökat med 2 600 besök sedan 2013. En förhoppning är att införandet av SMS-påminnelse ska minska antalet uteblivna patienter. Uteblivna patienter ett nytt uppföljningsmått i SkaS verksamhetsplan 2016.



### Åtgärder för att nå god tillgänglighet

Åtgärder för att uppnå en bättre tillgänglighet till besök och behandling pågår och innebär bland annat produktions- och kapacitetsplanering, översyn av vårdplatser kopplade till planerade operationer, utökad mottagningsverksamhet, köp av vård hos externa vårdgivare, rekrytering av personal inom bristområden samt köp av resurs via bemanningsföretag.

## Regional produktionsstyrning

De regionala uppdragens produktionsvolymerna ingår från och med 2014 inte i produktionsbudgeten i VÖK. Eftersom en förhållandevis stor ersättning är knuten till de regionala tilläggsuppdragen är det viktigt att uppdragen genomförs. Om inte hela uppdraget utförs finns risk för att personalkostnader och övriga fasta kostnader inte kan täckas.

SkaS har sedan 2014 haft regionala uppdrag inom höft/knäplastik, obesitasoperationer samt koloskopiundersökningar. Inför 2016 utökas dessa uppdrag med ryggoperationer och öppenvårdsbesök inom hud. SkaS har en ökad produktion inom ögon och öron och har lämnat önskemål utökade tilläggsuppdrag inom dessa specialiteter också, men regionalt beslut om detta är inte klart.

En detaljerad produktion- och kapacitetsplanering är nödvändigt för att undvika undanträngningseffekt av annan vård inom verksamheten. Risk- och konsekvensanalyser har tagits fram eller håller på att tas fram för alla tilläggsuppdrag för att belysa behov av personalbemanning, vårdplatser, operationsutrymme, servicefunktioner, administrativa rutiner mm.

## Basvolymerna

Nytt för VÖK 2016 är att basvolymerna för "första besök, läkare" och "första behandling" specificerats inom vissa diagnosgrupper. Basvolymerna baseras på historiskt utfall 2011-2013 och därför kan basvolymerna skilja sig mellan SkaS och andra sjukhus inom samma specialitet och med likartat befolkningsunderlag. Det kommer under 2016 göras en översyn av basvolymerna inför beslut om tilläggsuppdrag 2017.

### Basvolym och utfall 2015 – Första besök

	Basvolym 2015	Utförda första besök	Differens	%
Ortopedi	5 300	5 360	60	1%
Ögon	4 500	4 560	60	1%
Kirurgi	3 600	3 560	-40	-1%
Urologi	2 000	1 760	-240	-12%
Hud	5 150	5 890	740	14%
Gynekologi	5 700	4 160	-1 540	-27%
ÖNH	4 800	5 100	300	6%
Summa	31 050	30 390	-660	-2%

Ny basvolym 2016: 4 300

### Basvolym och utfall 2015 – Första behandling

Utfall inom kirurgi, ögon och öron är högre än basvolym. SkaS har önskemål om tilläggsuppdrag inom den Regionala produktionsstyrningen för ögon och öron.

	Basvolym 2015	Utförda beh 2015	Differens	%
Ledprotes	750	760	10	1%
Ortopedi rygg	100	80	-20	-20%
Ortopedi övrig	2 500	2 460	-40	-2%
Gråstarr	2 000	1 920	-80	-4%
Ögon övrig	400	1 100	700	175%
Allmänkirurgi	2 700	4 380	1 680	62%
Urologi	1 400	1 230	-170	-12%
Gynekologi	1 200	1 140	-60	-5%
ÖNH	900	1 500	600	67%
Summa	11 950	14 570	2 620	

inkl tillägg 100 operationer

Ny basvolym 2016: 4 300

### Regionala tillgänglighetssatsningar

Under 2012 och 2013 fick SkaS tillfälliga medel från nämnden för att hantera kökortningsinsatser, till exempel köpt vård, bemanningsföretag eller egen utökad mottagningsverksamhet kvällar och helger.

Sedan 2014 är det HSU/HSS som fördelar medel för tillgänglighetsinsatser. SkaS har fått ersättning för tilläggsuppdrag inom regional produktionsstyrning för utförda höft-/knäplastik, obesitasoperationer och koloskopier. SkaS har även fått medel för att köpa vård via de regionala volymavtal som upphandlats inom ortopedi och ögon.

I samband med att tillgängligheten försämrades under 2015 ansökte SkaS om ytterligare medel för egna kökortningsinsatser, bemanningsläkare samt för att köpa vård, främst inom ortopedi men även urologi, öron och kvinnosjukvård. SkaS har inte fått någon tilldelning av medel för dessa aktiviteter.

Regionala tillgänglighetsmedel fördelas till verksamheter som producerar över sin basvolym. Inom de områden där tillgängligheten försämrades på SkaS under 2015 producerades inte volymer över basvolym. Den fastställda basvolymen inom dessa områden baseras på en utförd produktion 2011-2013 när måluppfyllelsen uppgick till mellan 90-100 procent.

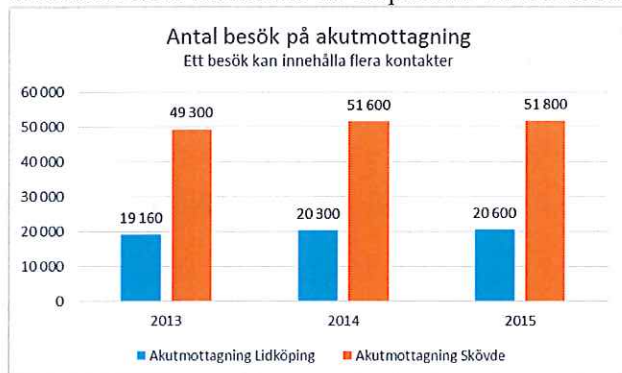
### Regionala volymavtal

För att öka tillgängligheten i regionen har regionala volymavtal tecknats. Under 2015 finns regionala avtal för att skicka höft/knäledsprotoser, ögonbehandlingar samt ryggkirurgi. Regionala medel har under 2015 täckt kostnader för köp av höft/knäledsprotoser, ryggoperationer och ögonbehandlingar. Övriga tillgänglighetssatsningar har finansierats via verksamhetens budget.

Under 2012-2014 fanns ett avtal för att skicka "övrig ortopedi" till externa leverantörer. Kostanden belastade regionala tillgänglighetsmedel. Detta avtal upphörde inför 2015 och har påverkat kösituationen inom ortopedin. Ortopeden har till viss del kunnat använda sig av avtal som Stockholm och Skånes landsting tecknat med privata aktörer och på så sätt kunnat skicka en del patienter vidare via valfriheten.

### Akutens volymändringar

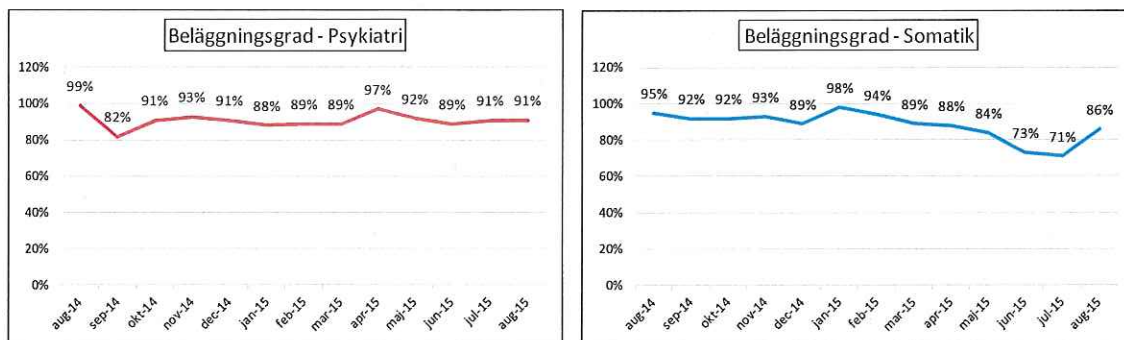
Akuten regleras i VÖK och ersätts med ett fast belopp, ett så kallat abonnemang. Budgeterade volymer för akuten är 47 000 besök. I budgeterade volymer ingår inte patienter som blir inskriva i slutenvården. Dessa inskrivningsbesök ingår i budgeterade vårdtillfällen i VÖK. Cirka 21 000 av de patienter som kommer till akuten blir inskriva i slutenvården. I diagrammet nedan visas antal patientbesök på akutmottagningarna inom SkaS. Varje patientbesök kan innehålla flera kontakter då en patient vid ett besök kan träffa flera olika specialiteter.



## Vårdplatser och beläggning

### Beläggningsgrad

Genomsnittlig beläggningsgrad de senaste 12 månaderna uppgick till 89 procent inom somatik och 82 procent inom psykiatri, vilket är i nivå med regionens mål på max 90 procent.



### Överbeläggning och utlokaliserade

Andel överbeläggningar och andel utlokaliserade inom somatisk vård har inom vissa områden/avdelningar varit lägre under hösten jämfört med övriga månader 2015. Planerade öknings av vårdplatser inom ortopedi och vuxenpsykiatri har inte kunnat genomföras på grund av rekryterings svårigheter. Inom ortopedi behövs ett ökat antal vårdplatser för att kunna öka upp sin produktionsvolym av ryggoperationer och höft/knäplastiker som planeras inom den Regionala produktionsstyrningen.

Beläggningsgraden inom psykiatri uppgick till 85 procent i snitt under 2015. En avdelning inom allmänpsykiatri har varit stängd vilket medfört att den andra avdelningen haft överbeläggningar under november och december. För att kunna öppna fler vårdplatser pågår rekrytering av sjuksköterskor inom heldygnsvården. På kort sikt kommer även bemanningssjuksköterskor användas.

Andel utlokaliserade har legat på en jämn nivå över året med toppar under semesterperiod och julhelg på grund av samlokalisering av vårdplatser samt tillfällig neddragning av vårdplatser.

En fördjupad analys av vårdplatsbehov har påbörjats för att möta dagens vårdplatsbehov och patientflöden men även ta höjd för den framtida utvecklingen inom vården.

### Inriktning på framtida åtgärdsarbetet.

SkaS har flera produktionskrav att nå upp till. Den produktion som utförs ska möta de behov som invånarna i upptagningsområdet har när det gäller länssjukvård. Vården ska ha hög kvalitet och utföras i rätt tid utifrån medicinska prioriteringar och de krav som lagen om vårdgaranti ställer.

För att SkaS ska nå uppsatta produktionsmål både i VÖK och i Regional produktionsstyrning krävs ett antal aktiviteter.

- Produktions- och kapacitetsplanering
- Översyn av vårdplatser



- Utveckla patientprocesser
- Arbeta för att minska antal uteblivna besök, antal återinskrivna och undvikbar slutenvård
- Utveckla arbetet inom standardiserade vårdförlopp (cancerprocesser)
- Utveckla närsvårdsarbetet
- Förenkla administrativa rutiner och undvika dubbeldokumentation

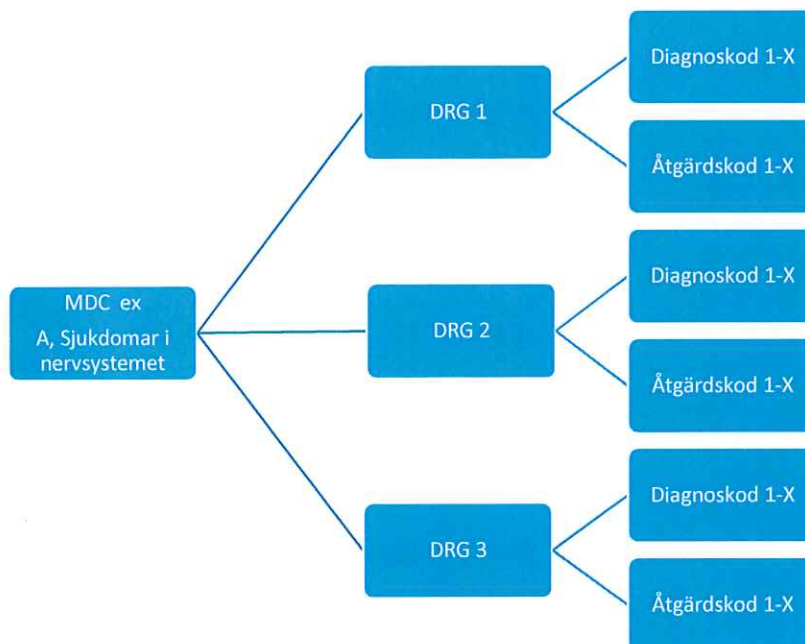
**Produktionsanalys, bilaga 1**  
Datum 2014-09-22

**Ekonomifunktionen**  
Handläggare: Kristina Westerberg  
Telefon: 0768431072  
E-post: kristina.westerberg@vgregion.se

## Analys av produktionsförändring inom somatisk slutenvård vid Skaraborgs Sjukhus

Analysen är gjord för perioden januari 2009 tom juli 2014 och utgår från MDC (Major Diagnostic Categories) som är en gruppering av DRG (diagnosrelaterade grupper). Ett problem som finns med att använda DRG i analysarbeten är att logiken för DRG-gruppering och vikten för DRG-koden förändras varje år. Detta innebär att det är svårt att göra rättvisande analyser över tid. Under 2013 har sjukhusen fått åtkomst till den regionala KPP-databasen och det är denna data som utgör underlag för analysen. I den regionala KPP-databasen är samtliga sjukhusvårdtillfällen och besök omgrupperade i 2014 års viktlista vilket gör att materialet blir jämförbart över tid.

Varje MDC har analyserats utifrån förändringen av antalet sjukhusvårdtillfälle, DRG-poäng samt CMI (Case Mix Index) som är ett mått på den ekonomiska vårdtyngden. CMI beräknas här genom att antalet DRG-poäng delas med antalet sjukhusvårdtillfällen. För att identifiera patientgrupper med stora förändringar har varje MDC brutits ner till enskilda DRG-koder. För att kunna fastställa rätt volymförändring har ytterligare nedbrytning med hjälp av diagnos och/eller åtgärder varit nödvändig för vissa DRG. Figuren nedan beskriver kopplingen mellan MDC och DRG samt diagnoser och åtgärder.



För Skaraborgs Sjukhus finns för 2013 en större minskning av antalet slutenvårdstillfälle och DRG-poäng vid jämförelse med tidigare år, se tabell nedan. Antal sjukhusvårdtillfälle och DRG-poäng har minskat med 4 procent vid jämförelse med genomsnittligt utfall 2009-2012.

Produktionsförändring somatisk slutenvård SkaS 2009-2013	
2009 Antal Sjukhusvtf	37 307
DRG poäng	32 474
2010 Antal Sjukhusvtf	37 141
DRG poäng	33 008
2011 Antal Sjukhusvtf	37 543
DRG poäng	33 021
2012 Antal Sjukhusvtf	37 452
DRG poäng	33 077
2013 Antal Sjukhusvtf	35 856
DRG poäng	31 612

Minskningen av antalet DRG-poäng under 2013 uppgår till 1 465 poäng vid jämförelse med 2012 års utfall, se tabell nedan. Denna minskning motsvarar 29,6 miljoner kronor i rörlig ersättning enligt 2014 års prislista. Av tabellen framgår också att minskningen av antalet DRG-poäng fortsätter under 2014.

MDC kod	Förändringar av antalet DRG-poäng per MDC	Förändring 2012-2013	Ytterligare förändring jan-april 2014	Ytterligare förändring jan-juli 2014	%-förändring jan-juli 2013-2014
H	Sjukdomar i muskler, skelett och bindväv	-277	-178	-216	-7%
A	Sjukdomar i nervsystemet	-168	-30	-39	-3%
O	Sjukdomar i kvinnliga könsorgan	-142	-8	-7	-2%
N	Sjukdomar i manliga könsorgan	-140	-14	-36	-14%
C	Sjukdomar i öra, näsa, mun och hals	-123	-29	-33	-7%
W	Andra och ospecificerade hälsoproblem	-114	-34	-69	-19%
D	Andningsorganens sjukdomar	-112	-138	-94	-6%
R	Blodsjukdomar, immunologiska rubbningar och sjukdomar i blodbildande organ	-102	25	-5	-2%
F	Matsmältningsorganens sjukdomar	-82	-78	-225	-10%
Z	Ospecifik eller felaktig information	-74	12	17	73%
M	Sjukdomar i njure och urinvägar	-68	-4	-47	-5%
Q	Nyfödda och vissa perinatale tillstånd	-49	-51	-32	-5%
K	Bröstkörtelsjukdomar	-48	-20	-26	-17%
E	Cirkulationsorganens sjukdomar	-39	30	77	3%
T	Psyksiska sjukdomar, beteendestörningar och alkohol- eller drogberoende (inom somatik)	-30	-5	-11	-7%
J	Sjukdomar i hud och underhud	-21	-20	29	7%
V	Brännskador	-10	-4	-3	-37%
G	Sjukdomar i lever, gallvägar och bukspottkörtel	-3	-69	-90	-12%
B	Sjukdomar i öga och närliggande organ	-3	-1	4	10%
U	Skador, förgiftningar, toxiska effekter och multipelt trauma	-1	-26	-50	-17%
L	Hormonella sjukdomar, ämnesomsättnings- och näringsjukdomar	4	-15	19	3%
P	Graviditet, förlösning och barnsängstid	49	-9	12	1%
S	Infektions- och parasitsjukdomar inklusive HIV	89	3	-11	-2%
	Totalt	-1 465	-663	-834	-5%

För MDC med stora förändringar har ytterligare analys gjorts på DRG-nivå. Nedanstående är en sammanfattning av de större förändringar som identifierats i analysen och som SkaS vill justera för i 2014 års vårdöverenskommelse. Förändringen finns antingen under 2013 och/eller under 2014 vid jämförelse med 2012. Orsaken till förändringen utgör underlag för fördelning till en av fyra nedanstående grupper, där totalt antal DRG-poäng motsvarar helårseffekt 2014:

- Anpassning efter medicinska riktlinjer (-285 DRG-poäng, -265 sjukhusvårdtillfällen)
- Minskat behov (-377 DRG-poäng, -583 sjukhusvårdtillfällen)

- Överfört från sluten- till öppenvård (-280 DRG-poäng, -272 sjukhusvårdtillfällen)
- Överfört till annan förvaltning (-312 DRG-poäng, -64 sjukhus vårdtillfällen)

### **Anpassning efter medicinska riktlinjer**

- Medicinska ryggsjukdomar – DRG H60E, Medicinska ryggsjukdomar ej komplicerat, dessa patienter skrivs inte längre in i slutenvården. Orsaken är en ökad följsamhet till medicinska riktlinjer och samverkan med primärvård.
- Tumörkirurgi, radikal prostatektomi – DRG N01N, Stor bäckenoperation på man. För tumörkirurgi har det kommit nya nationella riktlinjer vilket medfört att färre patienter opereras och i stället omhändertas med andra medicinska metoder.
- TUR-P – DRG N05N, Transuretral prostatektomi. Nya riktlinjer påverkar indikation för TUR-P, därav minskat antal sjukhusvårdtillfällen.
- Akuta gallor – DRG G40E, Gallvägssjukdomar, ej komplicerat. Patienten var tidigare inläggande i tre dygn för att få inflammationsdämpande medicin och skrevs efter detta ut för att komma tillbaka för operation efter några dygn. I dag opereras patienten direkt i det akuta skedet. Genom detta arbetssätt har antalet sjukhusvårdtillfällen minskat från två till ett för varje patient. Dessutom ger det en god samhällsekonomisk effekt då det blir färre sjukskrivningsdagar och kvaliteten har visat sig bli bättre.

### **Förändrat behov**

- Ortopediska ingrepp – DRG H24E, Andra rygg- och halsoperationer, ej komplicerat och H28N, Andra operationer på skuldra/armbåge samt H36E, Operationer på fotled, underben eller överarm, >17 år, ej komplicerat. För dessa grupper syns en ökad köpt vård hos externa vårdgivare vilket bidrar till ett minskat behov av slutenvård då en viss procent av dessa utgör operationer inom slutenvården.
- Hysterektomi – DRG O15E, Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom, ej komplicerat. Under 2013 har 10 patienter skickats till Carlanderska, under denna period har det skett ytterligare en minskning med 70 sjukhusvårdtillfällen. Då dessa operationer har upphört på SkaS Lidköping under perioden har kontroll gjorts så att inte patienter remitteras från privat aktör i Lidköping till NU-sjukvården. Ingen förskjutning mot NU-sjukvården syns dock i den regionala vårddatabasen. Det finns heller inga nya medicinska riktlinjer. En förklaring till minskningen kan vara att det finns en minskning av behovet då t.ex. hormonspiral ger minskade besvär.
- Huvudvärk och kramper – DRG A56E, Kramper och huvudvärk, ej komplicerat och A62E, Hjärnskakning, ej komplicerat. Dessa patientgrupper skrivs inte in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.
- Lunginflammationer – D47E, Lunginflammation ej komplicerat och D47C, Lunginflammation komplicerat har minskat under 2013 och 2014. Detta är förmodligen ett resultat lindrig influensaperiod.
- Andra och ospecificerade hälsoproblem, främst patienter med R- och Z-diagnoser, d.v.s. ospecificerade diagnoser. För dessa patientgrupper ses en större minskning vilket

till stor del beror på att de inte skrivs in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.

- Buksmärta – DRG F47E, Buksmärtor och gastroenteriter, >17 år, ej komplicerat. Denna DRG-grupp skrivs inte in i slutenvården i samma utsträckning som tidigare.

### **Överfört från sluten- till öppenvård**

- Prolapser – DRG O05N, rekonstruktiva operationer på kvinnliga genitalia. Under 2013 skickades 51 prolapser till extern vårdgivare (Carlanderska). Sedan januari 2014 utförs dessutom fler operationer i öppenvården. Inom VGR finns en målsättning att 60 procent av alla prolapser ska utföras i öppenvård.
- Halsoperationer – DRG C22N, Operation på tonsiller och adenoid. Minskat antal sjukhusvårdtillfälle beror på en förändrad operationsmetod för tonsillektomier samt överföring av tonsillotomier till öppenvården. Tester har skett under 2012 och överflyttning till öppenvården har genomförts successivt under 2012 och 2013. Tidigare var patienten inskriven i slutenvården 1 dygn. Nu blir enbart patienter med blödning eller andra komplikationer inskrivna i slutenvården. Detta gäller både barn och vuxna.
- Behandling av bröstkörtelsjukdomar – DRG K10N, Bröstoperationer för benigt tillstånd utom biopsi & lokal excision och K04N, Subtotal mastektomi för malign tumör. En förskjutning syns för dessa operationer från sluten- till öppenvård.
- Behandling av Leukemi och Lymfom – DRG R29A-R31E, Lymfom och icke akut leukemi samt akut leukemi utan större operation. Patienterna behandlas med läkemedelstillförsel och transfusion i större utsträckning i öppenvård än tidigare. Under en 20 årsperiod har antalet patienter som tas om hand i slutenvården halverats.

### **Överfört till annan förvaltning**

- Cystektomier – DRG M05A, C, E, Njur-, urinledar- & större blåsoperation för maligna tumörer, mycket komplicerat, komplicerat och ej komplicerat. Dessa operationer är överförda till SU.
- Förlossningar – DRG QXX. Kvinnor med förlossning innan graviditetsvecka 28 skickas till SU alternativt till NU-sjukvården efter dialog med SU, gäller framförallt för kvinnor mellan vecka 28 och 32. SkaS får sedan tillbaka de nyfödda för eftervård. Detta nya arbetssätt har gjort att casemix (den ekonomiska vårdtyngden) förändrats då DRG-vikten för den vård vi lämnar ifrån oss är högre än för den eftervård vi får tillbaka från SU och NU-sjukvården.
- Plastik- och bröstrekonstruktion – DRG K03C,E Rekonstruktion eller annan plastik av bröst komplicerat och ej komplicerat. I stort sett all plastik och bröstrekonstruktion är överförd till SU då det klassas som regionvård. Dessa operationer utfördes tillfälligt på SkaS under åren 2009 till 2012, då det fanns specialistkompetens på sjukhuset.

## Kostnader och ersättning

Förändringarna i produktionen är dels ett resultat av den medicinska utvecklingen, dels en anpassning i verksamheten utifrån rådande förutsättningar, såsom flera års effektiviseringskrav och minskade resurser t ex till följd av förändrad hyresmodell enligt VGR:s resursfördelningsmodell. Att sjukhuset ställer om produktionen, t ex från slutet till öppen vård, har varit en förutsättning för, men samtidigt också ett resultat av, utvecklingen av effektiva patientprocesser och flöden.

Genomförd analys visar att prestationer och ersättningar minskat inom den slutna vården, men att ökningen inom den öppna vården inte varit i motsvarande omfattning då ersättningen för ett och samma ingrepp är lägre i öppenvården än slutenvården till följd av en lägre DRG-vikt. Vi kan även se en förskjutning från ersättningsbar öppen vård till vårdformer som inte ersätts enligt dagens ersättningssystem, t.ex. telefonbesök. Enligt rådande ersättningsregler har förändringarna varit en "förlustaffär" mätt i antal prestationspoäng. (En fördjupning av den öppna vården blir nästa steg i analysarbetet).

De förändringar och kostnadsminskningar vi kan mäta i våra verksamheter, både till följd av utvecklingen enligt ovan men även till följd av andra åtgärder och ekonomisk åtstramning, har varit nödvändiga för att möta minskningen i resursfördelning och de effektiviseringskrav verksamheten ställts inför, dels regionala effektiviseringskrav men även till följd av kostnadsökning för den medicinska utvecklingen, nya dyra läkemedel mm. En förskjutning av kostnaden har skett, från slutet vård till öppen vård, när allt fler resurskrävande patienter tas omhand i öppna vårdformer. En stor del av kostnaderna är dock fasta och finns kvar i verksamheten oavsett om patienten tas om hand i slutet eller öppen vård.

Det är de minst kostnadskrävande, "lätta", patienterna som blivit färre. Den prestationsersättning vi förlorar för dessa patienter är större än möjlig kostnadsminskning, en följd av att alla patienter med samma DRG-kod ersätts lika, oavsett hur vårdtung och kostnadskrävande patienten är.

Åsa Ranbro Jansson  
Ekonomichef

**Sammanställning av måluppfyllelsegrad av  
Skaraborgs Sjukhus (SkaS) vårdöverenskommelse  
2015**

**Inför risk och konsekvensanalys SkaS**

**Delrapport**  
2016-01-20

**Västra Götalandsregionen**  
**Koncernstad hälso- och sjukvård**  
Handläggare: Anette Ohlin Johansson,  
Lena Birkedahl

## **Sammanställning av måluppfyllelsegrad av SkaS vårdöverenskommelse (VÖK) 2015 inför risk och konsekvensanalys**

### **Åtagande**

Hälso- och sjukvården i VGR ska ges med högsta möjliga medicinska säkerhet och kvalitet grundad på evidens samt följa regionalt gjorda prioriteringar. De övergripande kvalitetsmålen är att vården ska vara säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik, effektiv samt ges i rätt tid. Kvalitetsmålen sammanfattas i begreppet God Vård och bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (SOSFS 2011:9). All vård i VGR ska präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt. Nedan beskrivs de ingående delarna i God Vård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Skaraborg har utarbetat ett mål och inriktningsdokument 2015. Detta har beaktats i uppföljningsbilagan där specifika uppdrag följs upp kopplat till varje kvalitetsmål.

### **Säker vård**

Säker hälso- och sjukvård innebär att patienter inte ska drabbas av vårdskador. Vårdskador ska förhindras genom ett aktivt systematiskt förebyggande arbete och utveckling av en god säkerhetskultur. Patienter och närstående ska på olika sätt uppmuntras till att involvera sig i patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsberättelse ska upprättas årligen.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Minska antalet vårdskador

December 2015:

Patientsäkerhetsarbete enligt regional handlingsplan pågår.

Vårdrelaterade infektioner uppfylls ej enligt målvärde.

Antal överbeläggningar per 100/vpl (målet 3,4). Färre överbeläggningar i slutet av året.

Måluppfyllelsen har uppnåtts större delen av året.

### **Patientfokuserad vård**

Vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och dessa ska vägas in i de kliniska besluten. Patienten ska bli bemött och bekräftad som individ och ett hälsofrämjande förhållningssätt ska ingå i arbetet med patienter och anhöriga. Information ska ges med respekt för patientens integritet, rätt till delaktighet och självbestämmande.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Erbjudna god vård på rätt vårdnivå med hög tillgänglighet och gott bemötande

December 2015:

Resultat i patientenkät?

Kan även följas i patientnämndens årliga rapport.

### **Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård**

Vården och hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Verksamheten ska fortlöpande kombinera evidensbaserad kunskap med kliniskt kunnande och patientens förutsättningar och önskemål. De vårdmetoder ska användas som bäst främjar patienternas hälsa och livskvalitet vilket innebär att över- och underbehandling minimeras.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Tillhandahålla vård med hög kvalitet.

December 2015:

39 av de Medicinska kvalitetsindikatorer är relevanta att ha med i VÖK 2015. Enligt den första redovisningen i december är resultatet:

26 indikatorer med bra måluppfyllelse, 9 indikatorer där måluppfyllelse ej uppnåddes, i 4 fall uppnåddes nästan målet.

*Jämförelse 2014*

*Totalt 39 relevanta Medicinska kvalitetsindikatorer:*

*27 indikatorer med bra måluppfyllelse, 6 indikatorer där måluppfyllelse ej uppnåddes, i 6 fall uppnåddes nästan målet.*

### **Jämlik vård**

Alla patienter ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionsnedsättning, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

SkaS ska följa regionens riktlinjer för fysisk tillgänglighet. Information som sjukhuset lämnar ska vara anpassad för personer med olika typer av funktionshinder. SkaS ska ge god och tillförlitlig information om den fysiska tillgängligheten och information i tillgänglighetsdatabasen. All personal ska ha kunskap i bemötande av personer med funktionsnedsättning.

Jämställdhetsarbetet ska genomföra alla verksamheter samt all uppföljning och rapportering. I årsredovisningen ska könsuppdelad statistik rapporteras för både slutet och öppen vård.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Alla invånare ska behandlas likvärdigt utan diskriminering

December 2015:

Helårsuppgifter finns ej tillgängliga ännu. Redovisningen sker i kvalitetsregistret

Kvartalen [www.kvartalen.se](http://www.kvartalen.se)

(2014 kunde inga signifikanta könsskillnader påvisas angående stroke och hjärtpatienter)

SkaS åtar sig att årligen analysera minst två patientgruppers vård och behandling utifrån ett genusperspektiv (stroke och ledplastik) det vill säga att undersöka om kvinnor och män får behandling efter behov och på lika villkor. Omotiverade skillnader måste analyseras och åtgärdas samt följas upp. Om uppföljningen av åtgärderna visar att de inte haft önskad effekt, ska nya åtgärdsplaner tas fram och redovisas.

Regionens riktlinjer enligt Tillgänglighetsdatabasen ska följas.

<http://www.vgregion.se/sv/Enheten-for-rattighetsfragor/TD-Tillganglighetsdatabasen/>

December 2015:

Inrapportering saknas.

#### Vård i rätt tid

Ingen patient ska behöva vänta oskäligt länge på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Vårdgarantierna och de mål och måttal som satts upp för tillgängligheten inom olika vårdområden ska följas och även utvecklas över tid.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Vården ska ges i rätt tid

December 2015

Vårdgaranti 30 dagar:

#### Besök BUP

SkaS har dåliga resultat i jämförelse med övriga regionen. I oktober är resultatet 51 procent jämfört med regionen 74 procent.

#### Väntande till start av fördjupad utredning BUP

SkaS liksom övriga regionen har mycket dåliga resultat. Endast var fjärde patient i genomsnitt får påbörja utredning i tid. Liknande bild när det gäller behandlingsstart.

Vårdgaranti 14 dagar, vuxna:

#### Välgrundad misstanke om cancer

Resultatet på SkaS ligger under regionens. I oktober fick 72 procent av patienterna vänta högst 14 dagar jämfört med snittet i regionen 91 procent.

Vårdgaranti 90 dagar:

#### Besök VUP

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på NP-utredning är mycket dålig. Endast 9 procent i oktober 2015 jämfört med regionens genomsnitt på 50 procent.

#### Besök somatik

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på ett första besök är i oktober 88 procent jämfört med regionens 73 procent. Resultatet har varierat under årets månader mellan 81 och 94 procent. Antal

väntande till mottagningsbesök är i stort sett lika många som i oktober 2014.

#### Behandling somatik

Andel patienter som väntat högst 90 dagar på första behandling är i oktober 90 procent jämfört med regionens 76 procent. Resultatet har varierat under årets månader mellan 84 och 95 procent. I oktober 2014 väntade drygt 1500 patienter jämfört med oktober 2015 då drygt 2400 väntade.

#### **Effektiv vård**

Tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål såsom att främja god hälsa och bättre livskvalitet. Vården ska utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserad på tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektiviteten för åtgärderna. Inomregionala skillnader i vård identifieras i hela vårdkedjan från första till sista kontakt och kvalitetsbristkostnader i form av väntetider, omarbetningar, felbehandlingar med mera ska minimeras genom systematiskt arbete.

Nämndernas mål och inriktning 2015:

- Rätt vård på rätt vårdnivå

December 2015:

Som ett mått på effektiv vård finns Medicinska indikatorer "Andel patienter som får dialys i hemmet". Regionens måltal är  $\geq 30$  procent. SkaS uppnår detta med 35,6 procent.

"Andel elektiva ljumskbråcksoperationer som sker i öppenvård". Regionens måltal är  $\geq 80$  procent. SkaS uppnår detta med 93,8 procent.

Andra indikatorer;

"Direktinläggning"/Öppen retur/Inskrivningsklar/Utskrivningsklar patient

Undvikbar slutenvård för äldre  $\geq 65$  år ska minska. (RF indikator)

Den undvikbara slutenvården (USV) vården har minskat mycket i östra hälso-och sjukvårdsnämndens (HSN) område, vilket motsvarar Skaraborg, från att år 2006 haft de högsta nivåerna i Västra Götalandsregionen (VG), jämfört med övriga HSN områden. Östra HSN har mindre USV än övriga HSN i VG år 2014. De diagnoser som minskat mest i VG är diabetes, kärlkramp och hjärtsvikt troligtvis gäller detta i Skaraborg.

### **Precisering av viss vård och andra insatser**

#### **Palliativ vård**

SkaS ska erbjuda en god specialiserad palliativ vård som främjar välbefinnandet och understödjer värdighet i livets slutskede.

Det innebär att sjukhuset erbjuder en specialiserad palliativ vård till personer med obotbar sjukdom i palliativt skede och med komplexa symtom. I vården ingår att ge stöd och trygghet till närstående. I uppdraget ingår också att utveckla kunskapen om den palliativa vården och stödja personal inom hemsjukvård, primärvård och övrig länssjukvård. En viktig förutsättning är Vårdsamverkan Skaraborg som utgör plattformen för ett utvecklat

samarbete mellan SkaS, primärvården och kommunerna.

De palliativa teamen ska utgöra navet i vården. Teamens arbete fokuserar att utifrån patientens behov främja välbefinnandet och understödja värdighet genom att aktivt arbeta med smärtlindring och övrig symptomlindring. Teamen ska organiseras i hela Skaraborg så att en jämlik palliativ vård kan erbjudas alla invånare. Inom ramen för vårdssamverkan Skaraborg kommer samverkan kring den palliativa processen att utvecklas enligt projektet med mobil närvård. Detta arbete startar under hösten 2014 och kommer pågå fram till och med 2016.

Vårdplatser ska finnas i form av åtgärdsplatser i Lidköping och Skövde. SkaS remitterar patienter enligt en överenskommelse till Hospice Gabriel i Lidköping

Det är av stor vikt att alla delar fungerar i den palliativa processen så att patienterna får en jämlik vård och kompetensutbytet utvecklas vidare.

Alla patienter som är inskrivna i palliativa teamen har en öppen retur.

December 2015:

Skriftlig uppföljning lämnad i augusti 2015 där SkaS beskriver arbetet med den specialiserade palliativa vården på SkaS samt samarbetet inom ramen för närsjukvården där bland annat utbildning av 300 personer inom Skaraborgs kommuner och länssjukvård har skett.

### **Psykiatri**

Den psykiatriska verksamheten vid SkaS ska ge befolkningen i Skaraborg tillgång till specialiserad psykiatrisk utredning, diagnostik, behandling och omvårdnad av hög kvalitet.

Ett fortsatt arbete bedrivs med att utveckla psykiatrin där psykiatrins arbetssätt ska anpassas och utvecklas för att bättre möta patientens behov av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Inriktningen i det fortsatta arbetet är att öppenvård, dagsjukvård och slutenvård ska erbjudas vid enheterna i Falköping, Lidköping, Mariestad och Skövde.

Den regionala utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri 2014-2018 ska ingå som en del i utvecklingen av den psykiatriska vården.

Rättspsykiatri inklusive ersättning utförs på uppdrag av hälso- och sjukvårdsstyrelsen.

December 2015:

Bemanningsituationen har varit mycket bekymmersam under flera år. Enligt SkaS har rekryteringen börjat visa resultat. Stora skillnader på måluppfyllelse mellan mottagningarna. Stora problem med tillgängligheten i Skövde. Uppföljning har getts på östra hälso- och sjukvården sammanträden.

### **Barn – och ungdomspsykiatri**

Barn och ungdomspsykiatrin (BUP) är en prioriterad verksamhet och barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder ska ägnas särskild uppmärksamhet. Barn med psykiska problem ska få vård snabbt och väntetiderna till utredning och behandling vid de barnpsykiatriska enheterna ska vara korta och följa regionala anvisningar.

SkaS ska delta i samverkan med vårdgrannar för att fånga upp de utsatta barnen. Vuxenpsykiatri och BUP ska samverka med kommunerna så att barn till missbrukande eller psykiskt sjuka föräldrar inte far illa.

December 2015:  
Remissantalet har ökat och därmed kön.  
Besvärlig personalsituation.  
HSNÖ kräver till nämnden i januari 2016 en handlingsplan över hur BUP kommer att jobba med problemen.  
SkaS ska tillsammans med Habilitering och Hälsa utveckla samverkan för barn och unga enligt de förbättringsområden som framkom i utvärderingen av BUC i Mariestad. Oklart hur detta har lyckats. Resultat inväntas av den uppföljning som görs i regionen avseende neuropsykiatriska utredningar.

### **Käkkirurgi**

Käkkirurgi ingår som riktat uppdrag i VÖK från och med 2015.

December 2015: Uppföljning enligt plan lämnad med god måluppfyllelse.

### **Regiongemensam produktionsstyrning**

Sjukhuset ska delta i det regiongemensamma arbetet för att optimera kapacitetsutnyttjandet vid regionens samtliga sjukhus.

December 2015: SkaS medverkar i produktionsplaneringen för framtida regiongemensam verksamhet.

Under 2015 har en tilläggsöverenskommelse fattats angående överföring av ventrikelcanceroperationer till SU (2013-12-10, RS 2071-2012).  
Denna kompletterande överenskommelse reglerar volym och ersättning 2015 (1 080 tkr) för avlämnande respektive mottagande sjukhus. Fr o m 2016 regleras volym och ersättning (1 400 tkr) i vårdöverenskommelsen.

## **Lokalt utvecklingsarbete**

### **Smärtrehabilitering**

SkaS och beställd primärvård i Skaraborg ansvarar för en gemensam vårdkedja för behandling och rehabilitering av patienter med långvarig icke malign smärta med start från 2014. Från och med 2015 ingår uppdraget i ordinarie överenskommelse som ett riktat uppdrag.

SkaS ska tillsammans med beställd primärvård säkerställa en smärtrehabilitering för patienter med icke malign smärta. Första bedömning ska ske i primärvården men kan även

remitteras till SkaS för fördjupad smärtanalys och avancerad smärtlindring. Under denna smärtrehabilitering kan samverkan ske med olika delar av smärtprocessen. Efter avslutad behandling återremitteras patienten till primärvården för fortsatt handläggning eller avslut.

December 2015:

Gemensam redovisning av smärtrehabilitering är lämnad på HSNÖ i november av SkaS och primärvården.

Det är tre olika uppdrag som ska fasas samman.

### **Onkologi**

Onkologi är en verksamhet som består dels av medicinsk onkologi och dels av strålbehandling av tumörsjukdomar (radioterapi). Inom medicinsk onkologi behandlas patienter med läkemedel för olika typer av elakartade tumörsjukdomar. På SkaS finns idag endast medicinsk onkologi. Idag är detta ett bristområde där patienter inte kan erbjudas likvärdig vård i regionen.

En plan ska tas fram som beskriver hur den onkologiska verksamheten ska utvecklas och bedrivs på SkaS för att kunna erbjuda en jämlik vård.

December 2015:

Problem inom urologin med måluppfyllelsen kopplat till vårdgarantin.  
Onkologresurs är för närvarande bättre.

### **Ersättningar 2015**

För vårdersättning till SkaS avseende invånare i Västra Götaland och från samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder avsätts för år 2015 ett ersättningsutrymme motsvarande 3.330.134 tkr. Ersättning från övriga hälso- och sjukvårdsnämnder framgår av bilaga 1:1. I övrigt kan inte sjukhuset påräkna ytterligare ersättning såvida inte detta avtalats eller beslutats i särskild ordning. Om den överenskomna sammanlagda volymen inte uppnås och detta medför att det totala ersättningstaket inte heller uppnås, ska överenskommen total ersättning ändå utbetalas under förutsättning att måluppfyllelsegraden för den nationella vårdgarantin vid utgången av 2015 uppgår till minst 95 % och dessutom inte har försämrats jämfört med året innan.

I ersättningen ingår ett ekonomiskt ansvar för mottagnings- och behandlingsgarantierna enligt den nationella vårdgarantin och för den nationella valfrihetsvården. Detta innebär att sjukhuset bekostar den eventuella utomlänsvård exklusive kostnad för sjukresor som uppstår om garantierna inte klaras inom sjukhuset eller inom övriga Västra Götalandsregionen och kostnader som uppstår genom valfrihetsreglerna.

### **Uppföljning**

Uppföljning av överenskommelsen görs kontinuerligt och gemensamt av parterna enligt fastställd uppföljningsplan. Uppföljningsplanen är samordnad med SkaS interna uppföljningsplan och avrapportering. En annan del av uppföljningen är fördjupad uppföljning inom några verksamhetsområden. I särskilda fall sker rapportering direkt till

HSN. Vid redovisning av individbaserad statistik ska denna presenteras könsuppdelad där administrativa system så tillåter.

December 2015:

Uppföljning har skett utifrån uppföljningsplanen under året. Dessutom har SkaS på förekommen anledning medverkat på nämnden.

## **Förändringar i VÖK 2016**

### **Ordnat införande**

Inom VGR tillämpas en process för ordnat införande av nya riktlinjer, metoder och läkemedel. Modellen med ordnat införande bygger på en central introduktionsfinansiering under ett till tre år för nya metoder och riktlinjer. Syftet är att ge tid för verksamheten att anpassa, utmönstra och effektivisera för ett långsiktigt åtagande. På motsvarande sätt är ordnad utmönstring en metod för att ta bort sådan som inte ger ett mervärde.

<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startsida/Vard-och-halsa/Sa-styrs-varden/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Ordnat-inforande/>

När introduktionsfinansieringen upphört regleras åtagandet i vårdöverenskommelsen.

### **Ordnat införande efter att den centrala finansieringen har upphört**

Ordnat införande för läkemedel, som från och med 2016 ska finansieras av HSN, värderas i 2016 års prisnivå till 6.812 tkr och motsvarande för metoder uppgår till 6.203 tkr. SkaS ersätts genom särskild framställan.

### **Ny styrmodell för servicesamspel**

VGR har infört en ny styrmodell för servicesamspelen. För SkaS innebär det ett minskat ersättningsutrymme med 10.240 tkr och en minskad debitering från regionservice.

### **Satsning på jämställda löner**

I likhet med tidigare år så fortsätter utvecklingen för jämställda löner. I budget 2016 har ytterligare totalt 50 mnkr avsatts. För SkaS innebär satsningen ett utökad ersättningsutrymme motsvarande 7.993 tkr. Tillskottet är ramhöjande.

### **IS/IT**

Extra IS/IT-medel fördelas via regionbidraget som en kompensation för finansiering av prishöjningar av s.k. röda tjänster. SkaS andel uppgår 4.224 tkr och ersättningsutrymmet utökas med beloppet.

### **Återbetalning**

Enligt beslut i budget 2015 erhöles 20 mnkr som ett omställningsstöd. Halva detta belopp 10 mnkr återbetalas 2016 enligt fastställda budgetriktlinjer.

### **Förstärkning**

Som en ekonomisk förstärkning för basuppdraget och för att täcka eventuella kostnader som uppstår som en följd av den nya patientlagen erhåller SkaS ytterligare 30 mnkr.

## Utvecklingsarbete 2016

### *Regionalt utvecklingsarbete*

#### **Akutsjukvårdsprojekt (HSS - satsning)**

Vården av livshotande sjukdomar är en av de högst prioriterade områdena inom hälso- och sjukvården. Tillgängligheten vid akutmottagningarna ska vara god och sjukhusen ska verka för att väntetider kortas.

#### **Satsning på bättre akutsjukvård i Västra Götalandsregionen, HSS beslut dnr.243-2015**

Vid socialstyrelsens mätningar av väntetider vid landets sjukhusbundna akutmottagningar har flera mottagningar i Västra Götalandsregionen tillhört de mottagningar med relativt längre väntetider. Därför har det i regionens budget för år 2015 avsatts resurser för en särskild satsning för att utveckla akutsjukvården, minska väntetider på sjukhusens akutmottagningar och införa fasta läkartjänster på akutmottagningarna och på sikt akutläkare. För detta tillförs 100 mnkr från och med år 2015 varav 97 mnkr fördelas utifrån en nyckel baserad på antal akuta besök. Ytterligare 50 mnkr tillkommer år 2016 och 2017, vilket innebär att 2017 finns 200 mnkr för denna satsning.

Målet är att senast år 2018 uppnå målet att vid 90 procent av besöken ska patienten ha en total vistelsetid (TVT) om högst 4 timmar. För att nå det målet har förvaltningarna tagit fram sina egna delmål mot 90 procent. Delmålen kommer att följas upp två gånger per år.

De delmål som sjukhusförvaltningarna har identifierat har gjorts utifrån respektive utgångsläge och hur snabbt man tror att man kan nå förbättringar. Ett regiongemensamt arbete tillsammans med sjukhusen har påbörjats för att förbättra och utveckla verksamheten med bl a införandet av akutläkare.

För 2015 tillfördes SkaS 16 mnkr för denna satsning och ytterligare medel tillförs 2016, vilket innebär 22 mnkr totalt.

#### **Psykiatrisatsning (HSS - satsning)**

I budget 2015 tillförde HSS medel med syfte att finansiera arbetet med den regionala utvecklingsplanen för psykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Satsningen fortsätter och utökas 2016. Medel fördelas direkt från HSS till SkaS.

För 2015 fördelades budgetförstärkningen inom områdena neuropsykiatriska utredningar för barn, neuropsykiatriska utredningar för vuxna och för att förstärka behandlingsformer för vård av patienter med självskadebeteende.

#### **Cancersjukvård – standardiserade vårdförlopp**

Standardiserade vårdförlopp inom cancervården är en del i en nationell satsning som ska leda till kortare väntetider, en mer jämlik cancervård och ett lärande i det fortsatta arbetet. SVF (standardiserade vårdförlopp) inom cancervården innehåller tre delar: etablering av stödjande strukturer, kompetensförsörjningsåtgärder samt system för mätning av ledtider. SVF infördes för fem cancerdiagnoser i regionen 2015:

- akut myeloisk leukemi (blodcancer)
- huvud- och halscancer
- matstrupe- och magsäckscancer
- prostatacancer
- cancer i urinblåsa och övre urinvägar

### **Neonatalvård**

Regionstyrelsen har fattat beslut i ärendet "Översyn och utredning av neonatalvården i Västra Götalandsregionen 2013" (2014-05-20, RS 2458-2012). I beslutet uppdrog regionstyrelsen till regiondirektören att utreda och genomföra föreslagna åtgärder i ärendet (nr 1- nr 6). Berörda utförarstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder fick i uppdrag att utreda förutsättningarna för övriga föreslagna åtgärder (nr 7) inom ramen för gällande vårdöverenskommelse. Under 2016 fortsätter arbetet med att klarlägga vårdprocessen inom neonatalvården i Västra Götaland.

### **Ordnat införande smärtverksamhet (Dnr: RS 1378-2012)**

På sjukhusen finns smärtenheter och smärtteam i olika sammansättningar. En del av tjänsterna ligger inom ramen för ordinarie vårdöverenskommelse men en hel del finansieras via pengar från rehabgarantin. Smärtrådets bedömning är att det utöver dagens bemanning behövs ytterligare förstärkning på sjukhusen för att få en jämlik vård i regionen samt kunna ge patienterna den vård de behöver.

Ett utvecklingsarbete pågår och en handlingsplan kommer tas fram under året.

### **Lokalt utvecklingsarbete**

#### **Omstart utveckling psykiatri med närsjukvårdskoncept**

Skaraborg behöver ha en omstart på området specialistpsykiatri, vad gäller både öppenvård och heldygnsvård. Därför har ett omfattande arbete gjorts under våren, vilket resulterat i ett program för "Omstart utvecklingsarbete psykiatri med koppling mot närsjukvårdskonceptet". Arbetet har gjorts tillsammans mellan Östra Hälso- och sjukvårdsnämnden och SkaS styrelse.

Detta utvecklingsarbete behövs för hela vuxenpsykiatrin i Skaraborg, där tidigare arbete med vision "Psykiatri 2015" och den av regionfullmäktige antagna planen för utveckling av vuxenpsykiatri, 2014-2018, är viktiga komponenter och ska verkställas.

Vidare föreslås utveckling av närsjukvården i Skaraborg, enligt intentionerna av regionfullmäktige fattat beslut om "Framtidens hälso- och sjukvård". Utredning har gjorts med alternativ och konsekvenser vid placering av ny vårdbyggnad för heldygnsvård inom psykiatri i Skaraborg.

Med en omstart för arbetet med att utveckla specialistpsykiatrin ges möjlighet att kunna skapa attraktiva arbetsplatser, med en modern vårdmiljö, vilket ger förbättrade möjligheter att utveckla vården samt rekrytera, behålla och kompetensutveckla personal. Detta ger förutsättningar för en psykiatri med hög tillgänglighet, säkerhet och trygghet för patienterna i hela Skaraborg.

#### **Nya arbetsmodeller**

Nya arbetsmodeller inom akutvården SkaS kan minska utfallet av antal sjukhusvårdtillfällen och antal DRG-poäng under 2016. Vid avstämning av erhållen vårdersättning kan hänsyn behöva tas till det nya arbetssättet.

Delrapport: Personal (bygger på Bokslut 2015)

## Risk och konsekvensrapport

För

Skaraborgs Sjukhus

2016-01-28

## 2 Regionfullmäktiges mål

### Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen

Under kommande år har SkaS ett rekryteringsbehov av ca 1 500 nya medarbetare. De största behoven finns inom läkar- och sjuksköterskegrupperna, vilket motsvarar drygt 75 procent av det totala rekryteringsbehovet.

För att säkra SkaS kompetensförsörjning är det av stor vikt att såväl attrahera som behålla och utveckla medarbetarna. Detta har inneburit att stor vikt har lagts på att stärka SkaS varumärke för att kunna attrahera framtida medarbetare att välja SkaS. Lika viktigt har arbetet varit med att kunna behålla medarbetare.

Följande aktiviteter har genomförts under året:

- Stärkt SkaS varumärke som attraktiv arbetsgivare genom att:
  - Erbjudit alla sjuksköterskor en tillsvidareanställning
  - Strukturerat introduktionsprogram för sjuksköterskor sedan 2002
  - Kompetensbevis grund och fördjupat
  - Utbildat undersköterskor till steriltekniker
  - Pionjär för ett strukturerat introduktionsprogram för undersköterskor
  - Systematiskt förbättringsarbete kring AT-tjänstgöringen för läkare
  - Läkarutbildning - fortsatt utveckling av fjärde noden till Göteborgs Universitet
- Ersätta de överläkare inom olika specialistområden som går i pension
- Startat upp ett samarbete med Migrationsverket och Arbetsförmedlingen för rekrytering av främst läkare från tredje land
- Deltagit och syns på strategiska mässor både nationellt och internationellt
- Skapat mötesplatser på sociala medier
- Fokuserat på arbetet med rekrytering – uppsökande verksamhet
- Tillskapat fler utbildningstjänster specialistsjuksköterskor inom SkaS bristområden för sjuksköterskor
- Genomfört studentenkät för samtliga studenter inom SkaS. Enkätens resultat visar att mer än 95 procent är helt nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning
- Arbetat fram och implementerat gemensamma lönekriterier för samtliga yrkesgrupper inom SkaS

## 5. Personal

### Verksamhet i balans

Medarbetare med rätt kompetens på rätt plats är en förutsättning för att kunna bedriva en kvalitativ vård med god tillgänglighet som ger förutsättningar för ett hållbart yrkesliv.

### SkaS största utmaningar finns inom områdena:

#### *Arbetsmiljö*

- Arbeta aktivt med att uppnå en minskad sjukfrånvaro.
- Skapa en långsiktig hållbar arbetsmiljö.
- Skapa ökade förutsättningar för chefer inom SkaS.

#### *Kompetensförsörjning*

- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla sjuksköterskor/barnmorskor
- Attrahera, rekrytera, behålla och utveckla undersköterskor
- Arbeta med bemanning och kompetensmixer.
- Arbeta med kommande generationsväxlingar främst inom läkare, sjuksköterskor och barnmorskor.
- Att klara SkaS kompetensbehov utan att anlita bemanningsföretag.
- Ta hand om nyanländas kompetens utifrån verksamhetens behov

### SkaS aktiviteter utifrån ovanstående utmaningar:

- Fortsatt arbete med uppgiftsväxling
- Fortsatt arbete med förändrad kompetensmix
- Stärka SkaS som varumärke genom t ex deltagande vid mässor etc
- Samordnad schemaläggning
- Mätning upplevd god arbetsmiljö
- Arbeta för en minskad sjukfrånvaro
- Chefsutveckling
- Utveckla struktur kring omhändertagande av kompetenser från tredje land

## 5.2 Chefsförutsättningar

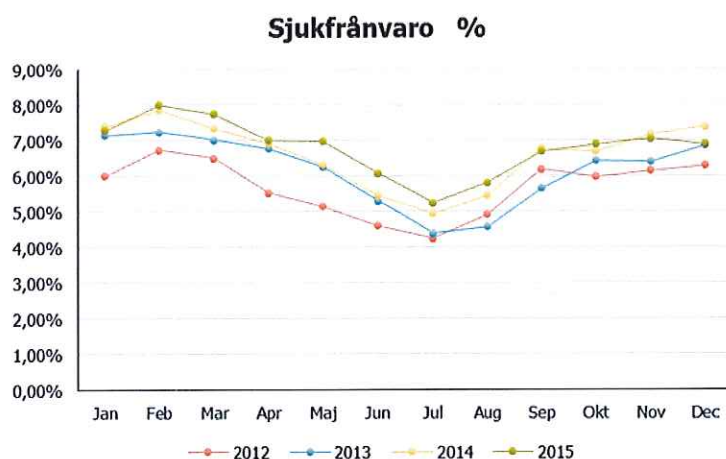
Utifrån det regionövergripande beslutet kring normtal för antal underställda per chef har en analys gjorts. På SkaS finns det 144 chefer varav 41 chefer har medarbetare över det rekommenderade spannet, vilket huvudsakligen består av 1:a linjens chefer inom vården.

Utifrån den genomförda analysen har arbetet påbörjats för att uppnå regionens normtal.

## 5.4 Sjukfrånvaro

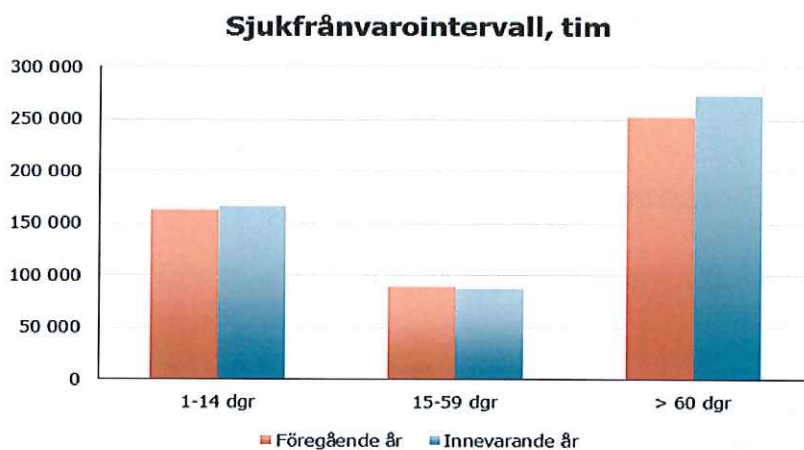
Sjukfrånvaro %	2014	2015	Förändring
A Sjuksköterskor, barnmorskor	6,80 %	7,34 %	0,54 %
B Undersköterskor m.fl.	9,33 %	9,96 %	0,63 %
C Läkare	3,06 %	2,46 %	-0,60 %
D Tandläkare	1,84 %	2,98 %	1,13 %
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	4,13 %	3,62 %	-0,51 %
F Administratör, vård	6,42 %	6,39 %	-0,03 %
G Rehabilitering och förebyggande	7,55 %	7,69 %	0,13 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	3,15 %	2,81 %	-0,35 %
I Utbildning, kultur och fritid	5,73 %	3,33 %	-2,40 %
J Teknik, hantverkare	2,63 %	2,48 %	-0,15 %
L Administration	4,83 %	3,80 %	-1,03 %
<b>Huvudgrupp</b>	<b>6,61 %</b>	<b>6,78 %</b>	<b>0,17 %</b>

Sjukfrånvaron för helår har ökat något 2015 jämfört med 2014, vilket innebär att regionens måltal om 5 procent inte uppnås. I nedanstående diagram redovisas sjukfrånvaron per månad.



Ökningen syns främst inom grupperna kort- och långtidsfrånvaro. Den ökade korttidsfrånvaron hänförs främst till årets första kvartal då frånvaro på grund av influensaperiod och vinterkräksjukan var hög. Juni och juli månad visade också på en ökning, därefter har dock korttidsfrånvaron minskat varje månad jämför med föregående år.

Det är främst i grupperna sjuksköterskor och undersköterskor som sjukfrånvaron ökar. Ökningen relateras såväl till somatiska som till arbetsrelaterade sjukdomar. Inom den arbetsrelaterade sjukfrånvaron finns bland annat förslitningsskador, patientrelaterade orsaker samt psykosociala diagnoser.



Insatser för att få sjukskrivna medarbetare tillbaka i arbete är viktigt. Under året har kartläggningar gjorts för att identifiera behoven av rehabiliteringsplaner. Utifrån detta har övervägande delen av verksamheterna säkerställt att samtliga sjukskrivna från dag 15 i sjukskrivningsperioden har en rehabiliteringsplan. Detta arbete har resulterat i ett antal aktiviteter såsom t ex utökat samarbete med Hälsan & Arbetslivet, tidiga rehabiliteringssamtal samt arbetsplatsanpassningar.

För att minska antalet korttidssjukskrivningar pågår ett lokalt projekt inom SkaS, ”Analys och åtgärder sjukfrånvaro”. Arbetet bedrivs i samverkan mellan första linjens chefer och Hälsan & Arbetslivet samt med stöd av HR. Projektet startade under hösten 2015 och ska ge cheferna en fördjupad kunskap kring sjukfrånvaro och rehabilitering, samt identifiera olika åtgärder som bedöms kunna inverka positivt på korttidssjukfrånvaron. Under 2106 kommer projektet utvidgas ytterligare.

Försäkringskassan har startat upp ett projekt ”Mobiliseringsinitiativet”. I projektet ingår regionen och där SkaS är en del. Projektets målsättning är att minska sjukfrånvaron.

Projektet har identifierat fyra områden att fokusera på:

- Chefsutbildning
- Medarbetarskapsutbildning
- Statistik och analys
- Screening för att hitta individer som riskerar ohälsa

För att SkaS ska vara en attraktiv arbetsgivare är det viktigt att kunna erbjuda en god arbetsmiljö. Arbetsmiljön behöver förändras och förbättras som en del i att minska sjukfrånvaron. Ett led i detta arbete är att analyseras medarbetarnas upplevda arbetsmiljö.

För att kunna mäta medarbetarnas nöjdhet har under 2015 en enkät utvecklats som gör arbetsmiljöfrågan synlig och som bjuder in till en dialog kring arbetsmiljön, såväl den fysiska som psykosociala, på enheterna. Mätningen kommer att genomföras kontinuerligt.

På samma sätt som med medarbetarenkäten ska resultatet vid behov utmynna i en handlingsplan som ska vara genomförd innan nästa mätning. Tidsintervallet mellan mätningarna är ca tio veckor. Varje enhets resultat aggregeras upp på verksamhetsnivå och detta resultat kommer att presenteras två gånger per år i SkaS Arbetsmiljökommitté.

## 5.7 Personalvolym och personalstruktur

### 5.7.1 Personalvolym

I nedanstående tabell framgår utvecklingen av års- och nettoårsarbetare samt antal anställda för respektive anställningsform.

		Dec 2014	Dec 2015	Förändring antal
<b>Årsarbetare</b>	Tillsvidareanställd	3 774	3 828	54
	Visstidsanställd	332	270	-62
	Timavlönad	56	72	16
	<b>Summa</b>	<b>4 163</b>	<b>4 170</b>	<b>8</b>
<b>Netto årsarbetare</b>	Tillsvidareanställd	3 261	3 294	33
	Visstidsanställd	307	258	-49
	Timavlönad	56	72	16
	<b>Summa</b>	<b>3 624</b>	<b>3 624</b>	<b>0</b>
<b>Anställningar</b>	Tillsvidareanställd	3 884	3 931	47
	Visstidsanställd	349	282	-67
	Timavlönad	201	234	33
	<b>Summa</b>	<b>4 434</b>	<b>4 447</b>	<b>13</b>

**Årsarbetare** visar alla anställdas tjänstgöringsgrad omräknat till heltidsmått (två 50 % tjänst = 1 årsarbetare)  
**Nettoårsarbetare** är ett framräknat mått där sysselsättningsgrad är justerad för eventuell ledighetsomfattning. För att sysselsättningsgraden ska justeras ska ledigheten omfatta hela månaden. Semester innebär inte någon justering.

**Anställda** motsvarar inte antal huvuden utan antalet anställningsavtal som finns. Vissa personer kan ha flera anställningar därför blir antalet anställningar fler än antal anställda individer.

### Volymutveckling jämfört med föregående år

Volymen för årsarbetare är i stort sett oförändrad, vad som framgår är att det skett en förskjutning mellan anställningsformerna från visstid till tillsvidare. Detta är en medveten åtgärd för att stärka SkaS varumärke och tillgodose rekryteringsbehovet av framförallt sjuksköterskor och läkare.

Volymen för nettoårsarbetare är oförändrad, också här syns en förskjutning från visstid till tillsvidare anställningar.

Ökning av läkarna kan förklaras med att tillgången blivit bättre och att tidigare vakanser kunnat tillsättas, fortfarande råder dock brist inom vissa specialiteter såsom t ex urologi, neurologi, ögon, bild- och funktionsmedicin samt psykiatri. Det är också inom dessa områden som bemanningsföretag anlitas.

**Årsredovisning 2015**

Volymen för antalet anställda har ökat något jämfört med föregående år.

Nedan framgår de största förändringar av nettoårsarbetare per huvudgrupp (yrkeskategori)

Netto årsarbetare	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal	Kommentar
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 394	1 376	-18	SSK, allmän - 11 och specialist SSK/ barnmorskor - 6
B Undersköterskor m.fl.	829	836	7	Usk vårdavd + 15, övriga -7
C Läkare	514	539	25	Största förändringarna består av spec läkare +17, ST-läkare +12, ÖL + 6
D Tandläkare	6	4	-1	
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	13	11	-1	
F Administratör, vård	283	286	3	
G Rehabilitering och förebyggande	220	206	-14	Fysioterapeuter -6, Arbetsterapeuter -5, kuratorer -6, övriga -3
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	49	50	1	
I Utbildning, kultur och fritid	14	14	0	
J Teknik, hantverkare	6	6	0	
L Administration	296	294	-2	
<b>Huvudgrupp</b>	<b>3 624</b>	<b>3 624</b>	<b>0</b>	

I 2015 års kompetensförsörjningsplan som utgår från budget och med måttet tillsvidareanställda årsarbetare är behovet 3 699 årsarbetare. Idag har SkaS 3 828 tillsvidareanställda årsarbetare, vilket är 129 fler än budget. Avvikelsen finns framförallt inom gruppen sjuksköterskor.

Idag har SkaS 525 medarbetare som har ledighet för enskild angelägenhet (EA) utan lön det vill säga ledighet som inte är lagstyrd utan beviljas av enskild chef. Den sammanlagda ledigheten av dessa motsvarar ca 110 heltider. Dessa heltider fördelas med 48 för SSK, 24 för USK, 17 för läkare och resterande för övrig personal. En av anledningarna till att medarbetarna begär denna ledighet förklaras främst av sociala önskemål, familjeskäl samt för att förebygga sjukdom. Ytterligare en anledning är att regionen har heltid som norm och att flera medarbetare efterfrågar lägre tjänstgöringsgrader. Den åldersgrupp som är högst representerade är gruppen 40-60 år.

Vad som kan ses är att samma åldersgrupp som har ledigt för egna angelägenheter också är den grupp står för en hög sjukfrånvaro vilket stämmer med signalerna om minskad ork att arbeta heltid.

Sjukfrånvaro %	Föregående år	Innevarande år	Förändring antal
-19 år	/0	/0	/0
20-29 år	4,98 %	4,77 %	-0,21 %
30-39 år	5,05 %	5,70 %	0,65 %
40-49 år	7,41 %	7,27 %	-0,14 %
50-59 år	6,73 %	7,34 %	0,61 %
60- år	7,87 %	7,92 %	0,05 %
<b>Ålder</b>	<b>6,61 %</b>	<b>6,78 %</b>	<b>0,17 %</b>

**Antal medarbetare som har någon form av ledighet pga enskild angelägenhet (EA)**

VO	Fördelning per kategori					Totalt
	SSK	USK	Läk	Med sekr	Övr	
K1	7	1	5	1	1	15
K2	10	20	3	5	0	38
K3	37	17	7	5	0	66
K4	4	7	3	2		16
K5	17	11	12	7	1	48
K6	69	30	7	4	0	110
M1	23	8	2	1	2	36
M2	38	14	3	2		57
M3	24	9	6	2	2	43
M4	13	1				14
M5	25	9	5	4	9	52
M6	7		1	1	11	20
Utbildn						0
FoU	1					1
Förv kont					9	9
	275	127	54	34	35	525

**Årsredovisning 2015**
**5.7.2 Volymutveckling över tid**

	Medelvärde årsarbetare				Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 719	360	53	<b>4 132</b>	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 673	359	51	<b>4 082</b>	Anst stopp/ssk anst prövn
År 2014	3 727	397	58	<b>4 182</b>	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 820	349	66	<b>4 235</b>	Särskild anst prövn

	Medelvärde netto årsarbetare				Kommentar
	Tillsvidare	Visstid	Tim	Summa	
År 2012	3 263	345	53	<b>3 661</b>	Anst stopp/anst restr
År 2013	3 209	343	51	<b>3 603</b>	Anst stopp/särskild anst prövn
År 2014	3 251	379	58	<b>3 688</b>	Särskild anst prövn, upphörde maj för att återinföras i okt
År 2015	3 333	335	66	<b>3 734</b>	Särskild anst prövn

Vid ovanstående jämförelse av volymer över tid framgår att volymerna ökar, detta trots att anställningsrekstraktioner funnits under samma tidsperiod. Den största förändringen finns inom gruppen tillsvidareanställda, där sjuksköterskorna och läkarna är står för de största ökningarna. Undersköterskorna och administration har minskat något.

**5.7.2 Ofrivilliga deltider**

SkaS har idag 3 931 tillsvidareanställd personal, av dessa är 393 deltidanställda vilket innebär ca 10 procent. Av dessa är det ingen som är ofrivilligt deltidanställd enligt regionens definition.

**5.8 Bemanningsföretag**

Bemanningsföretag används främst inom kategorin läkare, detta på grund av vakanser i läkargruppen. För att kunna hålla en patientsäker vård så krävs det i dagsläget inhyrning av läkare.

**Kostnad bemanningsföretag**

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2014	Utfall 2015
Läkare	34 804	36 549
Sjuksköterskor	5 883	4 156
Övriga	3 130	81
<b>Totalt</b>	<b>43 817</b>	<b>40 787</b>

Det råder en viss obalans mellan behov och tillgång till läkare och sjuksköterskor. Bristen på tillgång till kompetens i kombination med att klara sjukhusets tillgänglighet har medfört att SkaS behövt anlita bemanningsföretag.

**Bemanningsföretag för läkare har använts inom:**

- Internmedicin, mellanjour akutmottagningen
- Neurologi/rehab
- Vuxenpsykiatri inom öppen och slutenvård
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och slutenvård
- Bild- och funktionsmedicin.
- Urologi och onkologi
- Ortopedi
- Ögon
- Anestesi
- Barn
- Gynekologi

För läkargruppen är användandet av bemanningsföretag i första hand på grund av vakanta tjänster där det trots upprepade åtgärder inte lyckats rekrytera.

Under sommaren har bemanningsföretag använts till mellanjour på akutmottagningen Skövde som en konsekvens av rådande sjuksköterskebrist. Inom övriga områdena kommer bemanningsföretag fasas ut på sikt, förutom inom områdena vuxen- och barnpsykiatri där behovet kvarstår.

**Bemanningsföretag för sjuksköterskor har använts inom:**

- Intern- och lungmedicin
- Akutmottagningen, Lidköping
- Akutmottagningen, Skövde
- Barn och ungdomspsykiatri inom öppen och slutenvård
- Vuxenpsykiatri inom öppen och slutenvård
- Kirurgavdelningen, Skövde
- Operation
- Barnmorskor

Bemanningsföretag har använts på grund av rekryteringssvårigheter och för att lösa sommarsituationen. Under året har ett antal rekryteringar skett på berörda enheter samtidigt som enheterna arbetat med en förändrad kompetensmix. Regionens beslut om stopp för anlitan av bemanningsföretag för sjuksköterskor gäller från och med 1 oktober 2015 vilket SkaS i möjligaste mån eftersträvar att följa.

## Årsredovisning 2015

Effekten av stoppet för bemanningsföretag har inneburit att kirurgavdelningen i Skövde har fått göra en permanent neddragning av antalet vårdplatser samt att operationsavdelningen, Skövde har fått stänga operationssalar periodvis, detta som en följd både av de rekryterings-svårigheter som finns samt av beslutat stopp för nyttjande av bemanningssjuksköterskor. Inom vuxenpsykiatri har bemanningsföretag för sjuksköterskor använts trots regionens införande om stopp av bemanningsföretag. Orsaken till detta är hög sjukfrånvaro samt kökortning.

### Bemanningsföretag för övriga grupper har använts inom:

- Bild och funktionsmedicin – distansgranskning

## 5.9 Personalkostnadsanalys

### 5.9.1 Kompetensmix

SkaS har under en period arbetat med processororienterad bemanning (PROBE) som bland annat resulterat i att verksamheterna under 2015 kartlagt enheternas kompetensmixer.

Kartläggningen har belyst behovet av att fortsätta arbeta med uppgiftsväxling och kompetensutveckling för att på sikt kunna förändra kompetensmixen.

SkaS har under 2015 dessutom haft en fokusgrupp ”Samling kring vården” med uppdraget att identifiera möjligheter att frigöra resurser för att stärka det vårdnära arbetet inom i första hand slutenvårdsavdelningarna, där målsättningen är att ha en struktur på hur SkaS bemannar vårdplatserna.

SkaS arbetar strukturerat utifrån regionens inriktning att resurser ska användas på ett effektivt sätt. Detta görs bland annat genom en ökad användning av arbetstidsscheman som är mer styrande utifrån verksamhetens behov, sträcker sig över längre schemaperioder och som samplaneras med andra kompetenser i teamet, inklusive läkare.

Trenden de sista åren visar inte på någon förändrad kompetensmix, vilket framgår nedan.

Tillsvidareanställda	Antal 2012	Antal 2013	Antal 2014	Antal 2015
Sjuksköterskor	1586	1568	1647	1655
Undersköterskor	869	853	847	845
<b>Totalt</b>	<b>2455</b>	<b>2421</b>	<b>2494</b>	<b>2500</b>

Kompetensmix	%	%	%	%
Proc andel USK	35	35	34	34
Proc andel SSK	65	65	66	66

### 5.9.2 Personalomsättning

Personalomsättningen utgår från antalet avgångar utanför egen förvaltning (SkaS) relaterat till antalet tillsvidareanställd personal.

Personalomsättningen för SkaS ligger på 9,6 procent jämfört med regionens 8,2 procent. De grupper som har den största omsättningen är sjuksköterskor, rehabilitering och förebyggande (främst fysio- och arbetsterapeuter) samt administration.

Orsaken till personalomsättningarna är ca 30 procent pensionsavgångar och ca 70 procent avgångar på egen begäran. Nedan framgår fördelningen per yrkesgrupp.

Personalomsättning per yrkesgrupp	Total proc personal oms 2015	Antal avgångar egen begäran	Antal avgång hel ålderspens	Totalt antal avgångar	Proc Egen begäran	Proc Hel ålderspens
A Sjuksköterskor, barnmorskor	10,2 %	110	35	145	76 %	24 %
B Undersköterskor m.fl.	6,7 %	27	23	50	54 %	46 %
C Läkare	8,1 %	21	10	31	68 %	32 %
F Administratör, vård	3,9 %	4	5	9	44 %	56 %
G Rehabilitering och förebyggande	12,3 %	16	3	19	84 %	16 %
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	9,6 %	0	3	3	0 %	100 %
I Utbildning, kultur och fritid	6,7 %	0	1	1	0 %	100 %
L Administration	9,3 %	13	9	22	59 %	41 %
<b>Huvudgrupp</b>	<b>8,7 %</b>	<b>191</b>	<b>89</b>	<b>280</b>	<b>68 %</b>	<b>32 %</b>

I samband med att medarbetaren avslutar sin anställning sker ett avgångssamtal av chef. Inom region pågår ett arbete med att ta fram en gemensam digital enkät till medarbetare som avslutar sin anställning. Orsakerna till avslut är en av parametrarna som kommer att ingå i enkäten och kommer också kunna redovisas per förvaltning.

### 5.9.3 Övertid, OB m m

Den totala övertiden för SkaS har minskat. Vad som framgår på verksamhetsnivå är att det inom områdena medicin i Skövde, barn/kvinno, an/op/IVA syns en ökning av framförallt kval övertid för sjuksköterskegruppen, detta på grund av rådande vakanssituation, så kallade bemanningssnurror samt sommarsituationen. Inom övriga verksamhetsområden syns en minskning totalt på övertiden.

Redovisningen för övrig övertid åtgärdades i Cognos senare delen av hösten 2015, varför manuell beräkning fått tillämpats historiskt från april 2014, vilket innebär en osäkerhetsfaktor.

## Årsredovisning 2015

---

Övertidsgrupp	Utfall 2014	Utfall 2015	Diff tim	%
Mertid	30 093	28 461	-1 633	-5,4%
Enkel övertid	16 867	17 028	162	1,0%
Kval övertid	52 594	52 774	181	0,3%
Övrig övertid	16 225	15 680	-545	-3,4%
<b>Summa</b>	<b>115 778</b>	<b>113 944</b>	<b>-1 834</b>	<b>-1,6%</b>

\*) Manuellt justerade pga fel i Heroma

Ersättningar av OB används enligt avtal (AB) och är ej påverkbar utifrån gällande bemanningsbehov.

