

Regionala pensionärsrådet
Camilla Tengström

2018-04-27

Regionala Pensionärsrådets möte fredagen den 27 april 2018 kl.09.30-15.00
Plats: Vänersborg, Residenset i Biosalongen.

Närvarande ledamöter

Johnny Magnusson, (M) regionstyrelsen
Helén Eliasson, (S) regionstyrelsen
Harry Berglund, PRO
Hans-Erik Lundkvist, PRO
Rune Johansson, PRO
Bengt Eklund, PRO
Marianne Hagman, SPF
Gunnar Pettersson, SPF
Ruby Lindström, SPF
Märtha Liljegren, SKPF
Zaidi Foliás, SKPF
Daniel Höglund, RPG

Närvarande ersättare

Tony Johansson, (MP) regionstyrelsen
Jim Aleberg, (S) regionstyrelsen
Leif Gabrielsson, PRO
Sven Carlsson, PRO
Lisbeth Axelsson Lindh, PRO
Kerstin Carlsdotter, PRO
Marja Lindstedt, PRO
Ingrid Almén, SPF
Lennart Frennemo, SPF
Dick Ylander, SPF
Kerstin Billmark, SKPF
Hans Mac Donald, SKPF
Birgitta Berghänel Sikberger, RPG

Övriga närvarande

Jonas Hugosson, professor i urologi
Jenny Lundgren HR
Camilla Tengström, administrativ service
Koncernavdelningen.

Inte närvarande

Ingela Ekholm, PRO led
~~Hjördis Ahlm, SPF har upphört led~~
~~Evert Johansson, SPF har upphört~~

1. Anteckningar från föregående möte 16 februari 2018

Anteckningarna godkändes.

2. Prostatacancer

Jonas Hugosson föredrog om ämnet, se hans presentation i **bilaga 1**.

3. Hur vi säkerställer utlandsutbildade läkares kompetens i VGR

Jenny Lundgrens föredrog om ämnet, se hennes presentation i **bilaga 2**.

4. Frågor från PRO

4.1. "Förmaksflimmer är ofta en inkörsport till såväl stroke som hjärtinfarkt. Enligt uppgift har bara 8 regioner en fungerande omhändertagandevård. Hur agerar Västra Götalandsregionen i denna fråga?"

Svar: Tomas Bremholm, Enhetschef Kunskapsstöd somatik Koncernstab hälso- och sjukvård. Baserat på uttalande från Per Albertsson, överläkare och ordförande i Sektorsrådet Hjärtsjukvård.

Det är oklart vad som avses när frågeställaren anger att VGR inte har "en fungerande omhändertagandevård", vilket gör att det är svårt att svara på ett exakt och konkret sätt. På ett allmänt plan svarar vi att VGR, tack vare införande av nya blodförtunnande mediciner (NOAK), ligger väldigt bra till vad gäller den viktigaste parametern för att skydda mot stroke (antikoagulation). Däremot har VGR valt att inte screena med tum-EKG utifrån att det inte finns tillräckligt vetenskapligt underlag, enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

Omhändertagandet av de som har förmaksflimmer ska ske enligt Regional Medicinsk Riktlinje och den Rutin för omhändertagande som gäller. Se bilaga 3 o 4.

Önskemål om att få Professor Lennart Bergfeldt SU till Regionala pensionärsrådets nästa möte och berätta om förmaksflimmer.

4.2. "I Stockholm är vaccinering mot lunginflammation gratis. I Västra Götaland kostar den enligt uppgift 1000 kronor, kostnaden kan vara ett hinder för att ta en livsviktig vaccinering. Det finns flera exempel på skillnader vad gäller vård- och omsorg mellan landsting och regioner. Det borde vara behovet som styr och behoven är lika oavsett var man bor då borde kostnaden vara densamma. Enligt SKL ska samma förmåner ges i alla regioner och landsting. Så tycks inte vara fallet. Hur rimmar Socialstyrelsens riktlinjer med detta? Det är egentligen en jämlikhetsfråga och hur arbetar Västra Götalandsregionen med frågan?"

Svar: Västra Götalandsregionen VGR tillhandahåller vaccinationer i förebyggande syfte såsom alla andra landsting också gör. VGR har dock valt, till skillnad från en del andra landsting, att ta ut en avgift för dessa vaccinationer. Möjligheten att avgiftsbelägga t.ex. vaccinationer regleras i lagstiftning. VGR:s priser för vaccinationer mot pneumokocker är: Pneumovax 350 kr och Prevenar 690 kr.

4.3. "Vad vi har erfarit, är överförskrivning av läkemedel en viktig fråga för individen. Det är svårt att förändra situationen för individen, eftersom läkaren har makten. Hur stora vårdkostnader förorsakar felmedicinering?"

Svar: Jan Kilhamn Enhetschef kunskapsstöd ledning.

Det är välkänt att läkemedelsbehandling inte bara botar utan också kan orsaka sjukdom.

Läkemedelsrelaterad sjuklighet orsakar såväl lidande som ökade vårdkostnader, men rapportering och kunskap om vilka kostnaderna är för läkemedelsrelaterad sjuklighet har hittills varit begränsad. I studier som ingår i en relativt färsk doktorsavhandling från Göteborgs Universitet har man dock försökt uppskatta kostnaderna för läkemedelsrelaterad sjuklighet i Sverige.

För att ge en bred bild av problematiken samlades information till studierna i avhandlingen in genom intervjuer med apotekare och läkare, vårdgivare som ofta jobbar med läkemedel och läkemedelsrelaterad sjuklighet, genom patientjournaler, och med en befolkningsenkät.

Författarna till studierna beräknade att läkemedelsrelaterad sjuklighet som identifierades från journaler beräknades orsaka 1,5% av läkemedelskostnaderna och 10% av vårdkostnaderna i Sverige. Läkemedelsbiverkningar och otillräcklig effekt av läkemedelsbehandling uppskattades i befolkningsenkäten att tillsammans orsaka 0,5% av läkemedelskostnaderna, 6% av vårdkostnaderna, samt produktionsbortfall för anhörigvård, förlorad fritid och sjukfrånvaro.

Om man utgår från de totala årliga kostnaderna i Sverige så motsvarar detta vårdkostnader på 12-19 miljarder kronor. Någon särskild analys av kostnader för läkemedelsrelaterad sjuklighet inom Västra Götalandsregionen har inte gjorts, då en sådan genomgång skulle kräva betydande resurser och specifika beslut för att kunna genomföras. Regionen har ett pågående arbete för att så långt som möjligt stödja en korrekt användning av läkemedel – detta sker genom bl a rekommendationer från Läkemedelskommittén, i nationella vårdprogram och regionala medicinska riktlinjer, genom utbildningar av förskrivare och regelbundna läkemedelsgenomgångar.

Önskemål om att Jan Kihlman kommer till nästa möte och föredrar om ämnet.

Referens: Economic impact of drug-related morbidity in Sweden. Doctoral thesis, Hanna Gyllensten, University of Gothenburg, 2014. ISBN 978-91-628-9030-8 (print)
ISBN 978-91-628-9033-9, <http://hdl.handle.net/2077/35203> (e-publication)
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/35203/1/gupea_2077_35203_1.pdf

5. Frågor från SPF, SKPF o RPG

5.1. "Hur långt har Folkhälsa VGR kommit med att beskriva hälsoläget hos äldre (65+) som behovsanalys för framtiden."

Svar: Jörgen Hansson, Enhetschef, Avdelning Folkhälsa Koncernstab Regional utveckling
Avdelning folkhälsa har sammanställt en del underlag gällande äldres hälsa som bifogas i ppt.
Bilaga 5. Bifogar också en behovsanalys som tillsammans med statistikunderlaget varit inspel på hälso- och sjukvårdsnämndernas planeringskonferenser inför mål- och inriktning. **Bilaga 6.**
För kännedom har Folkhälsokommittén lagt ett uppdrag till GU om att göra en hälsoekonomisk analys för att beräkna betydelsen av mötesplatser för äldre. Den kommer vara klar i höst.
Pensionärsrådet får gärna info om den när den är klar. Förhoppningen är att kunna använda den som underlag för framtida behovsanalyser.
Fokus för samtliga underlag har varit på hälsofrämjande faktorer, och viktiga förutsättningar för hälsa.

BEHOVSGRUPPEN ÄLDRES HÄLSA

Utmaningarna

Befolkningen åldras och de äldre blir allt fler. Befolkningsprognosen till 2035 visar invånarna 80 år och äldre ökar med 60 procent. Var fjärde invånare i Fyrbodal och Skaraborg kommer att vara 65 år och äldre år 2035. Det innebär nya utmaningar för kommuner och regioner. Här är hälsofrämjande insatser av stor betydelse. Hälsofrämjande och förebyggande insatser genom hela livet, även upp i åldrarna, har positiva effekter för hälsan och livskvaliteten för äldre.
Livsvillkoren och levnadsvanorna skiljer sig mellan olika grupper av äldre. Det gäller både ur ett genusperspektiv och mellan olika socioekonomiska grupper. Från enkätundersökningen Hälsa på lika villkor 2015 framgår bl a för gruppen 65 – 84 år i Västra Götaland att:

- Bland de stillasittande finns det relativt sett fler kvinnor, fler med lägre utbildningsnivå, fler låginkomsttagare, fler utlandsfödda och fler ensamboende
- Betydligt fler kvinnor än män känner sig otrygga. Bland de otrygga är det också relativt fler låginkomsttagare, fler utlandsfödda och fler ensamboende¹.
- Det är i större utsträckning män, utlandsfödda och ensamboende som saknar emotionellt stöd.
- Det är framförallt ensamboende, utlandsfödda och män som saknar praktiskt stöd
- Bland personer med högt socialt kapital är det en relativt större andel personer med hög utbildningsnivå och som är födda i Sverige.

Nationellt minskar andelen som är fysiskt aktiva i åldern 65 – 84 år och andelen med stillasittande fritid ökar (Folkhälsomyndigheten, Folkhälsans utveckling, Årsrapport 2017.)

Viktiga utvecklingsområden

Det finns fyra områden som är särskilt viktiga för att äldre personer ska må bra:

- Social gemenskap
- Delaktighet och meningsfullhet, att känna sig behövd
- Fysisk aktivitet
- Bra matvanor

De fyra områdena går delvis in i varandra. I denna rapport har vi valt att fokusera på social gemenskap och fysisk aktivitet.

Nationellt och regionalt fanns det för några år sedan förhållandevis mycket planer och rapporter om hälsofrämjande insatser för äldre. Därefter har detta minskat. En förklaring till det kan vara att Folkhälsoinstitutet hade ett tydligt uppdrag att arbeta med hälsofrämjande insatser för äldre. Uppdraget försvann i samband med förändringen till en Folkhälsomyndighet. Det har avspeglats i övriga Sverige. Med den bakgrunden finns ytterligare ett motiv för fokusering på dessa frågor. Det finns många aktörer som gör insatser av betydelse för det hälsofrämjande arbetet för äldre, på nationell, regional och lokal nivå. Den ideella sektorn är en viktig aktör. Gruppen äldre är mycket aktiva i föreningslivet, även om det skiljer sig mellan olika grupper.

Det finns mycket som kan utvecklas i det hälsofrämjande arbetet för äldre, både när det gäller konkreta insatser och samverkan. Viktiga områden och åtgärder inom områdena social gemenskap och fysisk aktivitet är:

Gemensamt:

- Boende och närmiljö, tillgång till grönområde, lättillgängliga promenadvägar och rastplatser
- Trafiksäker miljö
- Upplevelsen av trygghet
- Ekonomiska förutsättningar för äldre
- Tillgång och tillgänglighet till föreningsliv och studieförbund

Social gemenskap

- Tillgång till mötesplatser
- Volontärverksamhet
- Möten över generationsgränser
- Tillgång till kultur
- Uppsökande och förebyggande hembesök

Fysisk aktivitet

- FaR (förskrivning av recept, aktiviteter, uppföljning)
- Tillgång till föreningsliv mm inriktad på fysisk aktivitet.

Rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnderna kan på olika sätt stödja utvecklingen av de hälsofrämjande insatserna för äldre. Dels genom de verksamheter som man direkt kan påverka (t ex hälso- och sjukvården) och dels i samverkan med andra (t ex kommunerna). Hälso- och sjukvården har stora möjligheter att motivera till fysisk aktivitet.

Förslag på insatser att prioritera i samarbete med kommunerna

- Möten över generationsgränser
- Trygghetsskapande åtgärder
- Tillgång till föreningsliv mm inriktad på fysisk aktivitet
- Tillgång till mötesplatser

Förslag på insatser att driva gentemot hälso- och sjukvården

- Fysisk aktivitet på recept FaR (förskrivning av recept, aktiviteter, uppföljning)
- Uppsökande och förebyggande hembesök.

*Regionala pensionärsrådet vill diskutera svaret till nästa möte.

5.2. "Frågan om behandling av förmaksflimmer har varit uppe tidigare. Men enl. notiser i pressen anges att personer med förmaksflimmer ökar kraftigt. Aktuell diagnos i riket är 370 000 mot 210 000 under 2012. Hör VGR till de regioner som har ett strukturerat omhändertagande av dessa patienter och hur ser i så fall denna vård ut?"

Svar från Per Albertsson, Överläkare, Specialist i Hjärtsjukdomar.
Områdeschef, Område 6 Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sommaren 2017 ställde Riksföreningen Hjärt/Lung en fråga via enkät till samtliga 21 regioner/landsting som löd: ”I vilket skede befinner ni er i ert landsting vad det gäller strukturerat omhändertagande för flimmerpatienter?”

8 landsting svarade **Fungerande verksamhet**

8 svarade **Under uppbyggnad**

2 svarade **Under planering**

3 svarade **Vet ej**

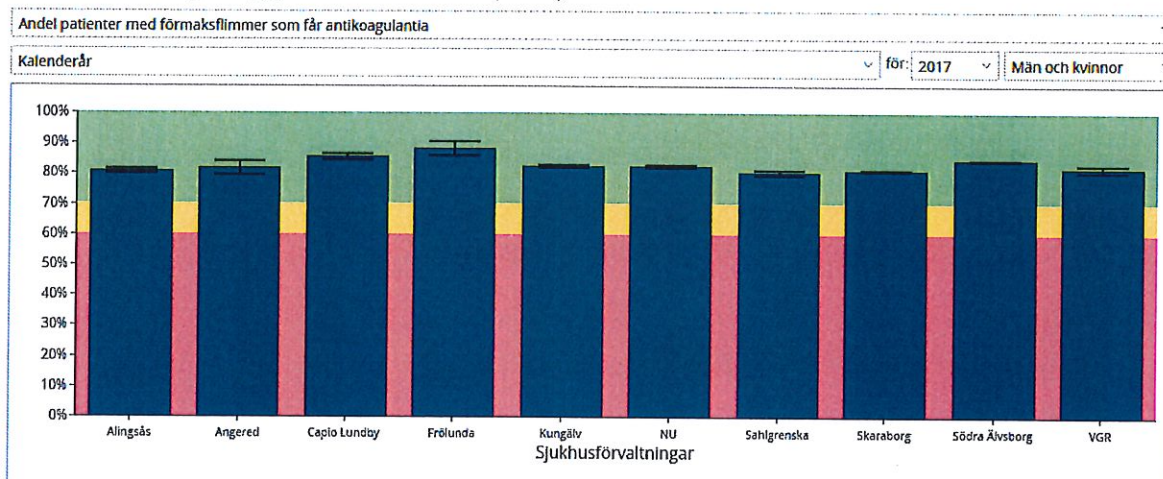
I VGR valde vi då Under uppbyggnad. Sedan dess kan jag dock hävda har vi kommit långt och har nu en fungerande verksamhet i alla förvaltningar.

Med strukturerat omhändertagande menar vi då att man får komma till ens särskild mottagning med specialutbildade läkare och sjuksköterskor. På de flesta ställen erbjuds patienterna också att delta i en så kallad ”Flimmerskola” där man får information kring sjukdomen. En viktig del är att noga informera patienten om

Livsstilsfrågor, till exempel vikten av motion, viktnedgång, rökstopp och minskad alkoholkonsumtion.

Alla patienter undersöks med EKG och ultraljud och man kontrollerar blodtryck och blodfetter. Därefter lägger läkaren upp en behandlingsplan som patienterna får ta del av.

Den viktigaste medicinska åtgärden är att behandla riskgrupper med blodförtunnande behandling då Stroke är en allvarlig komplikation till Förmaksflimmer, och här ligger vi som region väl till. Alla förvaltningar ligger över måltalet (70%)



I vissa landsting letar man upp patienter som inte har symptom (så kallad screening med hjälp av tum-EKG) I VGR har vi valt att INTE screena för förmaksflimmer med tum-EKG. (Däremot tar vi pulsen och ofta EKG i samband med rutinkontroller och hälsoundersökningar på mottagningarna) Här följer vi SoS rekommendationer- det finns inte tillräckligt vetenskapligt underlag för att screena med tum-EKG- man vet helt enkelt inget om flimmer utan symptom har samma risk som symptomatiska när det gäller stroke.

Bifogat Sahlgrenska sjukhusets PM avseende omhändertagandet på Flimmermottagningen. **Bilaga 4.**

5.3. ”I kok-boken står det att vårdcentralen har ansvar för att vårdsökande har tillgång till hälso- och sjukvård även utanför vårdcentralens ordinarie 45 timmars öppethållande (vardagar). Åtagandet kan utföras i samverkan med andra vårdcentraler inom fastställda samverkansområden.

Finns denna samverkan i alla områden och hur vet de vårdsökande om att de finns? Hur är efterfrågan på vård på dessa samverkansmottagningar? Medverkar alla vårdcentraler? Är den öppna tiden tillräcklig? Upplevs det att denna akutorganisation avlastar sjukhusens akutmottagningar?”

Svar: Anna Persson, Regionutvecklare enhet primärvård Koncernstab hälso- och sjukvård. Det som åsyftas är de kvälls- och helgöppna mottagningarna, i vardagligt tal kallade jourmottagningar eller jourcentraler. Varje vårdcentral hänvisar till vilken jourmottagning som dess patienter ska vända sig till för att få den lägre patientavgiften som man har rätt till som listad patient, exempelvis via deras hemsidor eller via 1177.se. De allra flesta vårdcentraler löser detta åtagande i samverkan och patienten får därför ofta åka en bit. Vilka samverkansområden som gäller står i Krav och Kvalitetsboken (i bilaga 1), och det finns jourmottagningar i alla områden. Alla vårdcentraler är knutna till någon jourmottagning.

Huruvida tiden är tillräcklig kan jag inte svara på generellt. Detta då det är en stor region vi har och på vissa håll så är behovet och patientunderlaget mindre och på andra håll är det större. Likaså kan jag inte svara på om det avlastar sjukhusen då det inte är den primära funktionen för mottagningarna, men skulle de inte finnas så skulle sannolikt trycket på akuterna öka än mer.

6. Uppföljning av överbeläggningar i VGR

Se diagram i bilaga 7.

7. Uppföljning:

"Parkeringsfrågor vid våra sjukhus" från Patrik Skoglund, Enhetschef Parkeringsenheten Västfastigheter.

- En ny upphandling för digitala personaltillstånd finns ute för anbud, detta kommer att innebära att tillståndssystemet endast är till för personal. Besökare/patienter ska använda sig av besöksparkeringen där det erbjuds att köpa per timme, reducerade priser på biljetter för ett dygn och för veckobiljetter.
- Fortsatt arbete med förtydligande av skyltar och linjer fortgår.
- Ny hemsida för Västfastigheter är färdig för publicering de närmsta veckorna, ska innebära en förenkling för kunderna att hitta informationen om sitt sjukhus, allt från pågående projekt till konst på sjukhuset.

"Västtrafik om hur det går med autoladdatjänsten"

Svar: Från Lars Backström, direktör Västtrafik i bilaga 8.

8. Budget

Se Dan Åbergers presentation i bilaga 9.

9. Övrigt

Eva Lundh på HR skulle kommit till dagens möte och berättat om

"Hur planerar VG-regionen för fortbildning/kompetenshöjning inom olika områden för all vårdpersonal för att kvalitetssäkra behandling och vården av patienten?" Fråga från förra mötet den 16 februari 2018

Här kommer istället hennes skriftliga svar på frågan

Nedan följer en kortfattad beskrivning hur VGR planerar för fortbildning/kompetenshöjning inom olika områden för all vårdpersonal för att kvalitetssäkra behandling och vården av patienten. Inledningsvis kan konstateras att det är många verksamheter i VGR som på olika sätt är involverade i fortbildnings- och utbildningsfrågor. Varje förvaltning anordnar utbildning för sina medarbetare och på koncernnivå finns VGR Akademin som bland annat har till uppgift att samordna regiongemensam fortbildning och kompetensutveckling för samtliga chefer och medarbetare i VGR. Till VGR Akademin är också knutet en nyinrättad utbildningsenhet för psykologer och det medicinska kompetensutvecklingsrådet (MUR) som arrangerar fortbildning för specialistläkare. Närhälsan har en egen utbildningsverksamhet, kallad kursdoktorn, som vänder sig till ST-läkare och allmänläkare. Vidare finns flera kompetens- och kunskapscenter som vänder sig både till invånare, patienter, närstående och medarbetare. Exempel på sådana är kunskapsstöd för psykisk hälsa och kunskapscentrum för jämlik vård.

Vården i Västra Götalandsregionen ska vara kunskapsbaserad, vilket innebär att metoder och behandlingar ska vara evidensbaserade d v s stödjas av vetenskaplig forskning och utvärdering.

Det finns därför en kunskapsorganisation bestående av sakkunniga inom vården i form av medicinska och odontologiska sektorsråd, diabetes- och strokerådet, cancervårdprocessteam inom Regionalt Cancercentrum Väst (RCC Väst), Program- och prioriteringsrådet (PPR), Läkemedelskommittén, regionala medicinska terapigrupper för läkemedel och regionala patientprocessteam. Samtliga dessa forum har som uppdrag att ta fram kunskapsstöd, råd och riktlinjer och som oftast innebär någon form av utbildning/implementeringsinsats riktad till de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvård.

Under det senaste året har skett ett arbete med ett nationellt system för kunskapsstyrning i regioner och landsting inom ramen för SKL. Den nationella strukturen ska matchas av motsvarande på regional nivå. Den nya kunskapsorganisationen införs i VGR under 2018 och innebär bl.a. att sektorsråden försvinner och ersätts med programområden. Syftet är att utveckla, sprida och använda bästa tillgängliga kunskap i mötet med patienterna.

Utgångspunkten för kompetensplaneringen är det årliga medarbetarsamtalet mellan chef och medarbetare och den individuella kompetensutvecklingsplan som upprättas i anslutning till detta samtal. Både vår personalvision, antagen av regionfullmäktige och den regiongemensamma planen för kompetensutveckling, antagen av regionstyrelsen framhåller att kompetensutveckling är en strategiskt viktig fråga och att VGR ska erbjuda en kontinuerlig professionell utveckling så att medarbetarna har rätt kompetens i förhållande till verksamhetens uppdrag och mål. I planen för kompetensutveckling framgår att ansvaret för kompetensutveckling delas av ledning, chefer och medarbetare. Ledningen ansvarar för att det finns en väl fungerande kompetensutveckling i den egna verksamheten. Förutom att genomföra årliga medarbetarsamtal har alla chefer ansvar för att fortlöpande utveckla sina medarbetares kompetens för att tillhandahålla en verksamhet av hög kvalitet. Medarbetarna har ansvar för att använda och utveckla sin kompetens i takt med verksamhetens mål och uppdrag och sina egna förutsättningar. Legitimerade yrkesutövare, läkare, sjuksköterskor, tandläkare, psykologer med flera yrkesgrupper, har också ett eget ansvar att själva bedöma om de har kompetens att utföra en vårduppgift.

Fortbildning och kompetenshöjning kan tillgodoses på olika sätt; genom kortare och längre utbildningar men också genom lärande i det dagliga arbetet, studiebesök, auskultationer, handledning mm. När det gäller utbildningar har, som tidigare beskrivits, VGR en omfattande intern utbildningsverksamhet men vi vänder oss också till externa kursgivare, universitet och högskolor.

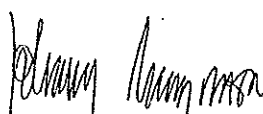
VGR har också en egen digital lärplattform med kortare utbildningar som är tids- och platsoberoende. Exempel på utbildningar som finns i lärplattformen är informationssäkerhet, miljöutbildning och bemötande av personer med funktionsnedsättning.

Gemensam lunch intogs på "Lägergrenska", Kalasboden kl. 12.30-13.15.

Mötesdatumet 7 september utgår på grund av valet, nästa möte blir den 2 november

Vid anteckningarna


Camilla Tengström
Sekreterare


Johnny Magnusson
Ordförande.