

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

2 februari 2017

# Ärende 1

## Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 1 december 2016

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över delegeringsbesluten läggs till handlingarna.

### Ärendet

Följande beslut som fattas med stöd av delegering anmäls.

### Ekonomi

- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2017-01-23
- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2017-01-25
- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, november, dnr NU 14:80-2016.
- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, december, dnr NU 2016-00468-1

### Fastighet

-

### Kansli

- Avslag på begäran att lämna ut allmän handling 2016-12-28, dnr NU 2016-00790-1

### Personal

- Anställning av personal – Anställningsbeslut december, 2017-01-24
- Disciplinär åtgärd - Överläggning angående disciplinpåföljd, Vårdförbundet, 2016-12-21, dnr NU 2017-00021-1

### Verksamhet

- Förlängning av samverkansavtal Vårdsamverkan Fyrbodal, 2017-01-01, dnr NU 2016-00699

# Ärende 2

## Anmälningssärenden 2 februari 2017

### Förslag till beslut

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

1. Sammanställningen över anmälningssärenden läggs till handlingarna.

### Inkomna skrivelser

- Kommittén för Dalslands sjukhus, 2017-01-22, Angående NU-sjukvårdens styrelsebeslut om flytt och ombyggnation av psykiatriska öppenvårdsmottagningen Dalslands sjukhus Bäckefors, dnr NU 2017-00078-1

### Utgående skrivelser

- Svar – Ansökan om bidrag 2017 till sjukhuskyrkan, 2017-01-09, dnr 2017-00007

### Regionstyrelsen

- Rese- och mötespolicy samt riktlinjer, 2016-12-13, § 317, dnr NU 2016-00776

### Regionfullmäktige

- Delårsrapport augusti 2016 Västra Götalandsregionen, 2016-11-29, § 190, dnr NU 2016-00728

### Personalutskottet

- Personalpolitiska anslaget, 2016-12-07, § 40, dnr NU 2016-00750
- Förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor i VGR, uppföljning och förslag på finansieringsprinciper för 2017, 2016-12-07, § 42, dnr NU 2016-00752
- Aktivitetsplan för hälsa och arbetsmiljö 2017, 2016-12-07, § 43, dnr NU 2016-00753
- Verksamhetsplan för VGR-Akademien, 2016-12-07, § 45, dnr NU 2016-00766:1
- VGR-Akademien – avgränsning av uppdrag, organisation och verksamhet, 2016-12-07, § 46, dnr NU 2016-00766:2
- Regionala medel för AT/ST utvecklings- och utbildningsinsatser (REGATT) inför 2017, 2016-12-07, § 47, dnr NU 2016-00755

### Övriga styrelser och nämnder

- Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, 2016-11-09 § 164, Digitala vårdkontakter med ljud och bild i realtid, dnr NU 346-2016
- Hälso och sjukvårdsstyrelsen, 2017-01-11 § 3, Överenskommelse om ersättningar för 2017 för hälso- och sjukvårdstjänster enligt samverkansavtal för Västra sjukvårdsregionen, dnr NU 2017-00054-1

### Övrigt

- Revisionsenheten, 2016-12-14, Granskning av jämlik cancervård – professionernas styrning, dnr NU 2016-00751

# Ärende 4

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-09

Diarienummer NU 2016-00519

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

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 84 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Tilläggsöverenskommelse 2017:1 mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden gällande ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner för sin del tilläggsöverenskommelse 2017:1 mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden gällande ersättning för produktion över taknivåer.

### **Sammanfattning av ärendet**

Regionstyrelsen har fattat beslut om att hälso- och sjukvårdsnämnderna får teckna tilläggsöverenskommelser med akutsjukhusen i syfte att stimulera till ökad produktivitet genom ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak (RS 2016-09-27, dnr RS 2016-05992).

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har därefter beslutat om en ersättningsmodell för det brutna taket (2016-10-19, dnr HS 2016-00638). I detta beslut anges en fördelning av det totala beloppet genom så kallat indikativa belopp per sjukhus. För NU-sjukvården innebär detta ett tilläggsbelopp om 40 mnkr.

Regiondirektören har meddelat ett förtydligande angående ersättningsmodellen 2016-11-08 som innebär att tillkommande ersättning utgår med den rörliga delen i den nu gällande ersättningsmodellen.

För NU-sjukvården innebär beslutet ett totalt ersättningstak om 4 201 598 tkr inklusive tilläggsbeloppet om 40 000 tkr. I beloppet ingår inte ersättning för sjukhusets andel av planerade tillgänglighetsvolym.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
SjukhusdirektörSven Florström  
Ekonomichef

## Bilaga

- Tilläggsöverenskommelse 2017:1

## Besluten skickas till

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, [hsn.norra@vgregion.se](mailto:hsn.norra@vgregion.se)
- Sven Florström, ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Maud Lindgren, controller, [maud.lindgren@vgregion.se](mailto:maud.lindgren@vgregion.se)
- Peter Olsson, utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)



Dnr: HSNN 2016-00173

Dnr: NU 2016-00519-1

Tilläggsöverenskommelse 2017:1  
mellan  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden  
och  
styrelsen för NU-sjukvården

## Tilläggsöverenskommelse för år 2017

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården har fattat beslut att teckna en tilläggsöverenskommelse för år 2017 om en ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak.

### Bakgrund

Enligt beslut i Regionstyrelsen den 27 september 2016 (Dnr RS 2016- 05992) har ett sammanlagt utrymme på 250 mnkr getts till hälso- och sjukvårdsnämnderna för att teckna tilläggsöverenskommelser med akutsjukhusen i syfte att stimulera till ökad produktivitet genom ersättning för produktion utöver fastställda taknivåer, så kallat brutet tak.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har 19 oktober 2016 (Dnr HS 2016- 00638) därefter beslutat om en ersättningsmodell för det brutna taket. I detta beslut anges en fördelning av det totala beloppet genom s.k. indikativa belopp per sjukhus enligt följande:

|           |          |
|-----------|----------|
| SU        | 115 mnkr |
| NU        | 40 mnkr  |
| SÄS       | 30 mnkr  |
| SkaS      | 35 mnkr  |
| Alingsås  | 5 mnkr   |
| Kungälv   | 10 mnkr  |
| Ofördelat | 15 mnkr  |

Regiondirektören har meddelat ett förtydligande angående ersättningsmodellen den 8 november 2016 (Dnr HS 2016- 00638).

Eftersom samtliga sjukhus ställt sig beredda att kunna uppnå tilläggsvolymerna motsvarande minst ovanstående belopp tecknas härigenom följande tilläggsöverenskommelse mellan NU-sjukvården och Norra hälso- och sjukvårdsnämnden.

### Ersättningsutrymme

Det maximalt möjliga tilläggsbeloppet, utöver gällande vårdöverenskommelse för NU-sjukvården, är 40 mnkr. Principerna för ersättning utöver tak framgår av ovan nämnda förtydligande och innebär att tillkommande ersättning utgår med den rörliga delen i den nu gällande ersättningsmodellen (t.ex. somatisk vård 50 %).

### Uppföljning

Uppföljning av såväl ersättningsmodell med brutna tak som utförda vårdvolymerna görs i samband med delårsboksluten och koncernprognos 2017. Uppföljningen fungerar som kontrollstation och ska ge möjlighet att vid behov omfördela resurser mellan sjukhusen under 2017 för att utnyttja VGR:s samlade kapacitet. Om NU-sjukvården planerar för en annan periodisering av utrymmet för det höjda taket, än den som gäller för grundöverenskommelsen enligt VÖK, ska den meddelas hälso- och sjukvårdsnämnden i samband med delårsbokslutet per mars 2017.

## **Totalt ersättningsutrymme 2017**

För NU-sjukvården del innebär detta beslut följande förändring av ersättningsutrymmet:

|                                                             |               |
|-------------------------------------------------------------|---------------|
| Ersättningstak enligt vårdöverenskommelse                   | 4 161 598 tkr |
| Ytterligare ersättningsutrymme enligt denna överenskommelse | 40 000 tkr    |
| Totalt ersättningstak                                       | 4 201 598 tkr |

I ovanstående belopp ingår inte ersättning för sjukhusets andel av planerade tillgänglighetsvolymmer.

## **Underskrifter**

Denna tilläggsöverenskommelse har uppnåtts mellan Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården.

VÄSTRA GÖTALAND

Ulrik Hammar  
Ordförande  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Marit Hesse  
Styrelseordförande  
NU-sjukvården

Håkan Hilmér  
Ansvarig tjänsteman  
Koncernkontoret

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör  
NU-sjukvården

# Ärende 5

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-09

Diarienummer NU 2016-00519

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

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 84 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Tilläggsöverenskommelse 2017:2 mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden gällande öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner för sin del tilläggsöverenskommelse 2017:2 mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden om att NU-sjukvården tar över och bedriver öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs i enlighet med vårdöverenskommelsen och övrig öppenvård psykiatri i NU-sjukvården.

### **Sammanfattning av ärendet**

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden tecknade 2016 avtal med Evidens Care AB att bedriva öppenvård psykiatri i kommunerna Lysekil, Munkedal och Sotenäs från 2016-09-01. Då avtalet upphör i förtid tar NU-sjukvården över ansvaret för öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs kommuner från och med 2017-03-01. Tilläggsöverenskommelsen gäller för perioden fram till och med 2017-12-31 och uppdraget kommer 2018 att inlemmas i den ordinarie vårdöverenskommelsen.

I och med tilläggsöverenskommelsen har NU-sjukvården ett helhetsansvar för psykiatrisk vård för samtliga invånare i norra nämndens område samt de patienter, utanför nämndens område, som söker till NU-sjukvården för psykiatrisk vård. Vården som kommer att bedrivas är jämförbar med den övriga öppenvården inom vuxenpsykiatri i Fyrbodal.

Ersättningen är under 2017 ett riktat uppdrag till NU-sjukvården och uppgår totalt till 20 260 642 kronor, där kostnader förknippade med verksamheten såsom personal-, läkemedels-, medicinsk service- och hjälpmedelskostnader ingår. Därtill har NU-sjukvården rätt att få ersättning från norra hälso- och sjukvårdsnämnden om sjukhuset åsamkas engångskostnader för ett snabbt övertagande av uppdraget.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

**Bilaga**

- Tilläggsöverenskommelse 2017:2

**Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, [hsn.norra@vgregion.se](mailto:hsn.norra@vgregion.se)
- Sven Florström, ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Maud Lindgren, controller, [maud.lindgren@vgregion.se](mailto:maud.lindgren@vgregion.se)
- Peter Olsson, utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)

Tilläggsöverenskommelse 2017:2  
mellan  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden  
och  
NU-sjukvården

## **1. Bakgrund**

Öppenvård psykiatri i kommunerna Lysekil, Munkedal och Sotenäs har sedan första september 2016 drivits av Evidens Care genom avtal med norra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Då avtalet upphör i förtid tar NU-sjukvården över ansvaret för öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs kommuner.

## **2. Giltighetstid**

Åtagandet gäller tillsvidare. Denna tilläggsöverenskommelse gäller för perioden från 2017-03-01 till 2017-12-31.

## **3. Åtagande**

NU-sjukvården åtar sig att bedriva öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och i Sotenäs kommuner i enlighet med vårdöverenskommelsen och övrig öppenvård psykiatri i NU-sjukvården.

Två utbudspunkter (öppenvårdsmottagningar), en i Lysekil, en i Munkedal samt en filial i Sotenäs kommun ska finnas. Mobilitet, i form ett mobilt team ska finnas i området, på likartat sätt som i övriga Fyrbodals kommun.

I och med tilläggsöverenskommelsen har NU-sjukvården ett helhetsansvar för psykiatrisk vård för samtliga invånare i norra nämndens område samt de patienter, utanför nämndens område, som söker NU-sjukvården för psykiatrisk vård. Vården som kommer att bedrivas är jämförbar med den övriga öppenvården inom vuxenpsykiatri i Fyrbodals kommun.

För övrigt åtagande enligt VÖK 2017.

## **4. Ersättning**

Ersättningen för år 2017 är 20 260 642 kr (helår 24 312 771 kr). Om NU-sjukvården åsamkas engångskostnader för ett snabbt övertagande av uppdraget, äger NU-sjukvården rätt att få ersättning från HSN norra. Eventuella engångskostnader enligt ovan ska bedömas skäligen och i förväg godkännas av norra hälso- och sjukvårdsnämnden.

Samtliga kostnader förknippade med verksamheten som bland annat kostnader för läkemedel, medicinsk service, hjälpmedel samt räntor och avskrivningar på inventarier ingår i ersättningen

Inför övertagande av verksamheten krävs att NU-sjukvården investerar i möbler och utrustning i de lokaler där NU-sjukvården kommer att bedriva sin verksamhet från och med 2017-03-01. Inventarieutgifterna är beräknade till 1,4 mkr.

NU-sjukvården har för 2017 redan fastställt sin investeringsbudget/ram och har inte tillåtelse att gå utöver denna. För att genomföra övertagandet erhåller NU-sjukvården, som ett lån, därför 1,4 mkr 2017. Dessa medel återbetalas till hälso- och sjukvårdsnämnden med 1/5 årligen, under 5 år (2018-2022).



Tilläggsöverenskommelse mellan HSN N och NU-sjukvården öppenvård psykiatri i Lysekil, Munkedal och Sotenäs

Ersättningen är under 2017 ett riktat uppdrag till NU-sjukvården. Volymen som härrör från detta uppdrag räknas in i produktionsvolymen för psykiatri under 2017 och påverkar inte NU-sjukvårdens produktion inom den somatiska öppenvården.

Uppdraget kommer att 2018 inlemmas i den ordinarie vårdöverenskommelsen. Inför VÖK 2018 kommer en genomlysning av öppenvård psykiatri på vuxensidan att göras avseende produktionsvolymen och konsumtionsmönster.

## ***5. Undertecknande parter***

VÄSTRA GÖTALAND 2017-

HSN Norra

NU-sjukvården

Ulrik Hammar  
Ordförande

Marit Hesse  
Ordförande

Håkan Hilmér  
Ansvarig tjänsteman

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

# Ärende 6

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2016-01-09

Diarienummer NU 2016-00519

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

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 84 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Överenskommelse mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden gällande rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner för sin del överenskommelse mellan NU-sjukvården och norra hälso- och sjukvårdsnämnden för insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i NU-sjukvården.

### **Sammanfattning av ärendet**

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade 2016-09-28 om en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess 2017 (HS 2016-00596). Till hälso- och sjukvårdsnämnderna avsattes medel för insatser främst inom områdena smärtrehabilitering, rehabiliteringskoordinering och lokala utbildnings- och utvecklingsinsatser.

Medlen finansieras via det statsbidrag som baseras på överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting kring en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2017.

NU-sjukvården ersätts under 2017 med totalt 2 334 tkr för följande åtaganden:

|                                        | <b>Tkr</b>   |
|----------------------------------------|--------------|
| Processledare                          | 816          |
| Försäkringsmedicinskt forum/FMA läkare | 200          |
| Rehabkoordinator                       | 918          |
| Arbete med "Våld i nära relationer"    | 400          |
| <b>Summa</b>                           | <b>2 334</b> |

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

### **Bilaga**

- Överenskommelse för insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i NU-sjukvården 2017

### **Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Norra hälso- och sjukvårdsnämnden, [hsn.norra@vgregion.se](mailto:hsn.norra@vgregion.se)
- Sven Florström, ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Maud Lindgren, controller, [maud.lindgren@vgregion.se](mailto:maud.lindgren@vgregion.se)
- Peter Olsson, utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)
- Gunilla Christiansson, utvecklingsledare, [gunilla.christiansson@vgregion.se](mailto:gunilla.christiansson@vgregion.se)

Överenskommelse 2017  
mellan  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden  
och  
styrelsen för NU-sjukvården

## **Överenskommelse år 2017 för insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i NU-sjukvården**

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården har fattat beslut att teckna en överenskommelse för år 2017 för insatser inom rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen i NU-sjukvården.

### **Parter**

Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och styrelsen för NU-sjukvården.

### **Tidsperiod**

2017-01-01 till och med 2017-12-31.

### **Bakgrund**

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslutade den 28 september 2016 om en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess 2017 (HS 2016–00596). Till hälso- och sjukvårdsnämnderna avsattes medel för insatser främst inom områdena smärtrehabilitering, rehabiliteringskoordinering och lokala utbildnings- och utvecklingsinsatser.

### **Åtagande**

NU-sjukvården ersätts under 2017 med totalt 2 334 tkr för följande åtaganden:

#### **1. Funktion för rehabiliteringskoordinering**

NU-sjukvården ska ha en funktion för rehabiliteringskoordinering. Rehabkoordinatören ska medverka till att utveckla förbättrade rutiner och metoder inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

#### **2. Insatser för återgång i arbete**

NU-sjukvården ska tidigt i sjukskrivningsprocessen involvera arbetsgivaren. Kontakten ska handla om att tillsammans med arbetsgivare/Arbetsförmedlingen klargöra vad som behöver göras av hälso- och sjukvården, individen och arbetsgivaren/Arbetsförmedlingen för att stödja patienten att vara kvar i arbete eller underlätta patientens återgång i arbete.

#### **3. Processtöd**

NU-sjukvården ska ha en funktion för processledning. Processledaren ska leda och stödja arbetet med att kvalitetssäkra och effektivisera rehabiliterings- och sjukskrivningsprocessen på sjukhuset samt verka för utvecklad samverkan med andra aktörer inom sjukskrivnings- och rehabiliteringsområdet.

#### **4. Försäkringsmedicinsk utbildning**

NU-sjukvården ska vara en part i försäkringsmedicinskt forum (FMF) och delta i arbetet som bedrivs, vilket inkluderar utbildningar i försäkringsmedicin.

### Multimodala insatser vid långvarig smärta

De insatser som gäller multimodal rehabilitering (MMR 2) inom ramen för rehabiliteringsgarantin flyttades 2016 till VÖK och ingår i uppfyllandet av handlingsplan för långvarig icke malign smärta (RS 2338-2012). Tillsammans med det ordande införandet inom området ger det NU-sjukvården långsiktiga förutsättningar att erbjuda multimodala insatser vid långvarig smärta på specialistnivå.

### Ekonomi

Ersättningen 2017 till NU-sjukvården är totalt 2 334 tkr och finansieras via det statsbidrag som hälso- och sjukvårdsnämnderna får för att utveckla en kvalitetssäker och effektiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess<sup>1</sup>.

NU-sjukvården ersätts för

|                                         | Tjänst         | Tkr          |
|-----------------------------------------|----------------|--------------|
| Processledare                           | 1,0            | 816          |
| Försäkringsmedicinskt forum/ FMA läkare | 0,15           | 200          |
| Rehabkoordinator                        | 1, 5           | 918          |
| Arbete med "Våld i nära relationer"     | Enligt uppdrag | 400          |
| <b>Summa</b>                            |                | <b>2 334</b> |

Beloppet 2 334 tkr faktureras månadsvis i tolfte delar. På fakturan till norra hälso- och sjukvårdsnämnden anges beställar- ID 860300 och produktkod 57153.

### Uppföljning

En verksamhetsberättelse för 2017 lämnas till norra hälso- och sjukvårdsnämnden senast den 19 januari 2018. Den ska innehålla en beskrivning av vilka aktiviteter/åtgärder som gjorts under året inom respektive åtagande.

VÄSTRA GÖTALAND

Ulrik Hammar  
Ordförande  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden

Marit Hesse  
Styrelseordförande  
NU-sjukvården

Håkan Hilmér  
Ansvarig tjänsteman  
Koncernkontoret

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör  
NU-sjukvården

---

<sup>1</sup> En kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2017

# Ärende 7



**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-09

Diarienummer NU 2016-00549

**Västra Götalandsregionen**

**NU-sjukvården/ledningskansliet**

Handläggare: Sven Florström

Telefon: 0702 – 08 91 08

E-post: sven.florstrom@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Återrapport – Granskning direktupphandling**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner förvaltningens återrapport avseende aktiviteter för ökad leverantörstrohet, redovisade för styrelsen 2016-06-22.

### **Sammanfattning av ärendet**

2016-06-22 beslutade NU-sjukvårdens styrelse om aktiviteter för att ytterligare förbättra leverantörstrohet och öka följsamheten till den nya inköspolicyn i regionen (diarienummer NU 133-2016:70). Dessa aktiviteter bestod av ökad information till verksamheten om Västra Götalandsregionens inköspolicy/-regelverk och NU-sjukvårdens delegeringsordning samt att fortsätta mäta och följa upp leverantörstrohet inom förvaltningen.

Informationsmaterial om nya inköspolicyn har arbetats fram av koncerninköp och har gått ut till alla chefer i NU-sjukvården. Information angående regelverk och delegeringsordning har gått ut via chefsbrev vid flera tillfällen under hösten 2016. Ytterligare utbildning inom förvaltningen avseende nya inköspolicyn kommer att ske i februari 2017.

Under 2016 genomfördes en analys av NU-sjukvårdens köpbeteende. Regionens koncerninköp tillsammans med NU-sjukvården sammanställde en rapport vilken bifogas. Sammanlagt besöktes cirka åtta avdelningar/avdelningschefer för en fördjupad dialog avseende köpbeteende.

Den i särklass största och vanligaste förekomsten av direktupphandling inom NU-sjukvården har varit relaterad till bemanningssjuksköterskor. Sjukhusledningen beslutade 2016-12-06 att NU-sjukvården från och med 2017-03-01 inte ska använda sig av direktupphandlade bemanningsföretag. Detta kommer att öka leverantörstroheten avsevärt.

Leverantörstroheten för NU-sjukvården är 92 procent i november 2016 att jämföra med 88 procent 2015, vilket tillhör de bästa resultaten i regionen.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

**Bilaga**

- Analys av NU-sjukvårdens köpbeteende (powerpoint-dokument)

**Beslutet skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Henrik Hultkvist, inköpscontroller, [henrik.hultkvist@vgregion.se](mailto:henrik.hultkvist@vgregion.se)

KH1

# Analys av NU-sjukvårdens köpbetende



## Koncerninköp

Version 1.1

Henrik Hultqvist  
Thomas Lidén  
Kenneth Hjert

NU-sjukvården  
Koncerninköp  
Koncerninköp

## Bild 1

---

**KH1**

Kenneth Hjert; 2016-10-07



## Metod för ökad trohet

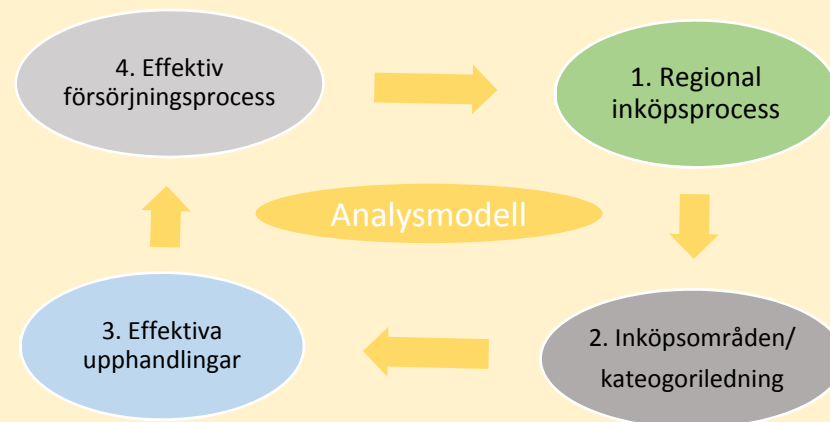
### Leverantörstrohet – väg mot 100 %

- Identifiera inköp utan avtal via QV-inköp
- "Tvätta" listan från inköp där VGR-avtal finns
- Ta fram verifikationslista över inköp från leverantörer utan avtal
- Stäm av med berörda verksamheter vad som köpts in/finns någon form av avtal/behov framöver mm.
- Anmäl behov av upphandling till Koncerninköp (webformulär)

### Processtrohet – väg mot 100 %

- Identifiera inköp utanför Marknadsplatsen (MP) via cognosrapport.
- Identifiera konton/kontogrupper där troheten är låg.
- Ta fram lista över inköp per leverantör för aktuella konto
- Ta fram verifikationslista över inköp från leverantör där troheten är låg.
- Stäm av med verksamheten om det handlar om återkommande inköp.
- Anmäl behov av att få aktuella artiklar beställningsbara i MP (alternativt anmäl behov av upphandling om avtal inte finns)

### Steg för steg



### Behov av "inköpsportal"

Ta fram en "inköpsportal" i Cognos eller annan utdatalösning. Chef ska kontinuerligt (varje månad?) kunna se och följa status för just sin enhet

- Processtrohet
- Leverantörstrohet
- Möjlighet att kunna klicka sig ner sig på ansvarsnivå
- Inköp per kontogrupp utanför avtal/MP
- Leverantörslistor
- Diagram





## Inköpsbeteende VGR idag

### Leverantörstrohet – vår indikator för avtalsföljsamhet

- QV-inköp är en Cognosapplikation som jämför VGR:s leverantörsköp mot avtal i upphandlingssystemet Amesto.
- Alla avtal i en gemensam databas i VGR
- Matchning sker på organisationsnummernivå.

### Processtrohet – gemensam beställningsmodell möjliggör

- De regionala modellerna för avrop av varor och tjänster skall användas
- Marknadsplats, E-katalog, Hjälpmedel, Regionservice beställningssystem, mm

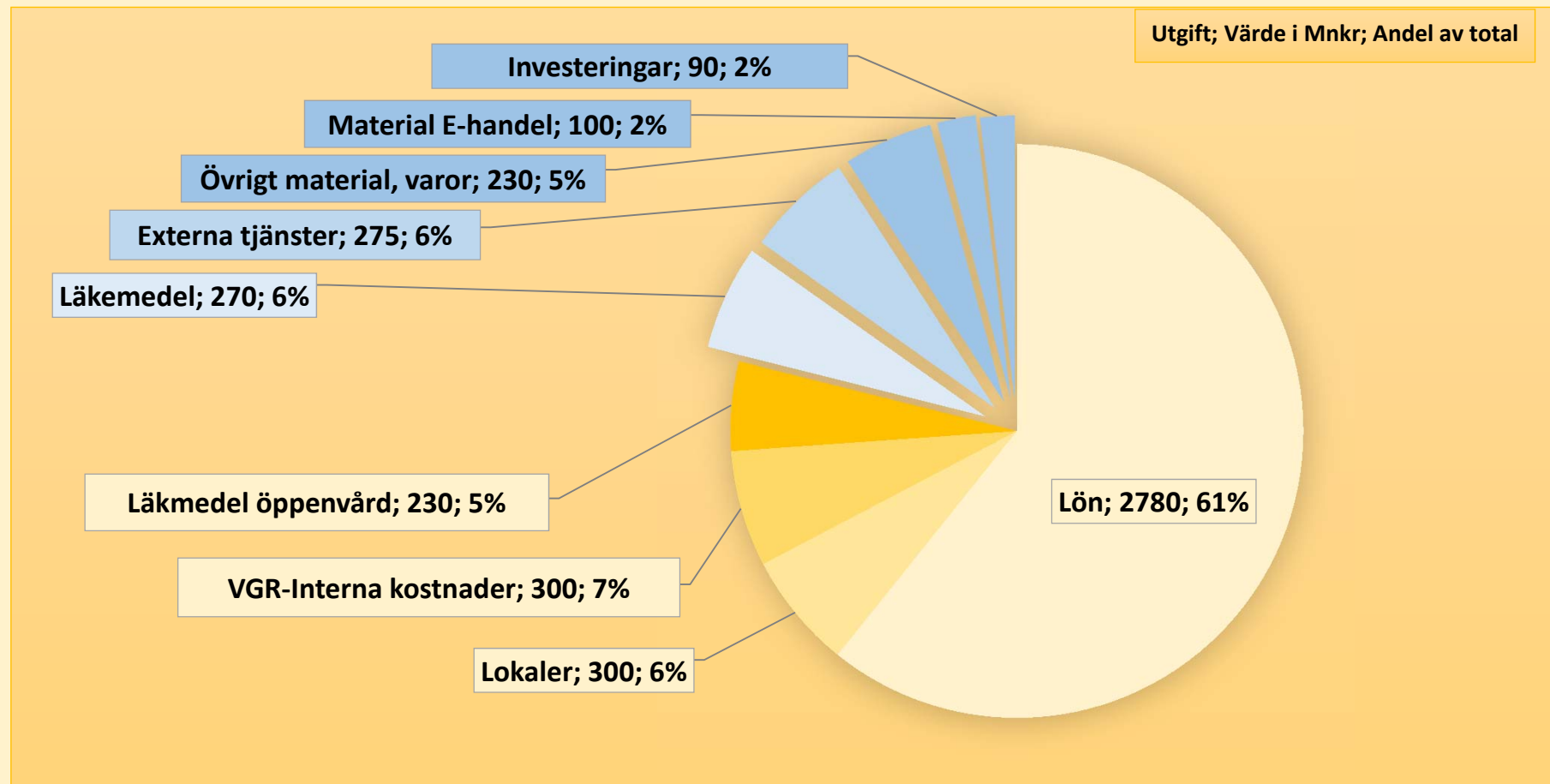
Tabell. Leverantörstrohet per VGR-område  
Kontoavgränsad mätning 8 Mdkr/år – info ack 2016-08

|                            | Inköpsvolym          | Leverantörstrohet | # Fakturor     | # Leverantörer |
|----------------------------|----------------------|-------------------|----------------|----------------|
| H&S Utförare               | 3 283 606 993        | 86,52%            | 385 300        | 5 838          |
| Servicenämnd               | 1 172 092 482        | 90,07%            | 107 611        | 1 546          |
| Regiongemensamt övriga     | 789 460 468          | 74,68%            | 28 900         | 875            |
| H&S Företrädare            | 640 099 884          | 28,87%            | 27 327         | 807            |
| T&U Företrädare            | 288 362 161          | 2,36%             | 2 129          | 306            |
| T&U Utförare               | 86 551 090           | 33,38%            | 20 461         | 2 483          |
| Fastighetsnämnd            | 58 351 717           | 14,80%            | 7 668          | 462            |
| <b>Hela Organisationen</b> | <b>6 318 524 796</b> | <b>74,63%</b>     | <b>578 636</b> | <b>9 439</b>   |

Tabell. Leverantörstrohet förvaltning (HoS-utförare)  
Kontoavgränsad mätning - info ack 2016-08

|                               | Leverantörstrohet |
|-------------------------------|-------------------|
| Alingsås lasarett             | 92,83%            |
| NU-sjukvården                 | 92,26%            |
| Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS  | 90,67%            |
| Skaraborgs sjukhus, SKAS      | 89,27%            |
| Sahlgrenska universitetssjukh | 88,08%            |
| Frölunda Specialistsjukhus    | 86,95%            |
| Folktandvården                | 83,37%            |
| Handikappförvaltningen        | 82,87%            |
| Angereds närsjukhus           | 81,41%            |
| Närhälsan                     | 73,50%            |
| Kungälv's sjukhus             | 66,99%            |
| <b>H&amp;S Utförare</b>       | <b>86,52%</b>     |

## Konsumtionsmönster NU-sjukvården : 4,6 Mdkr /år



# 1

## Regionalt processansvar för inköpsprocessen

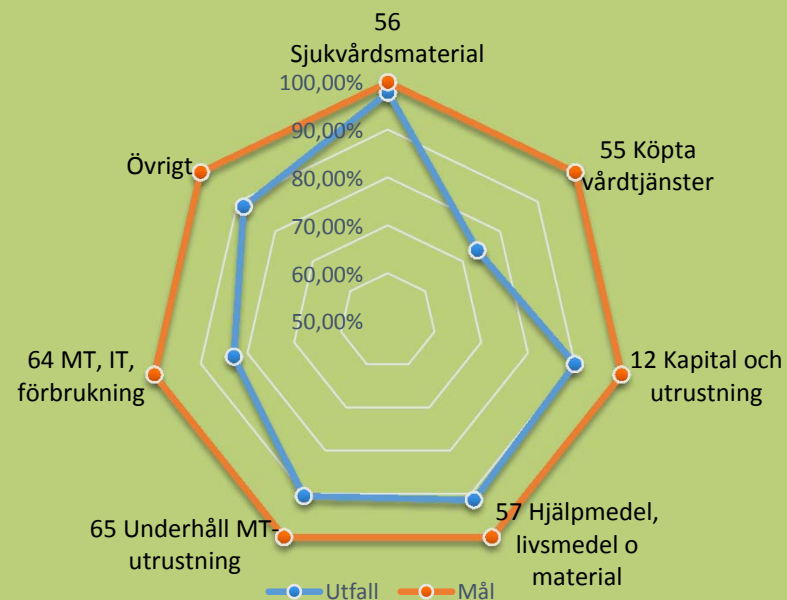
### Kunderna tycker till om frågan kring sitt köpbetende :

- Vi jobbar systematiskt med inköpsfrågor, köper sällan utanför avtal.
- Vi köper aldrig ifrån säljare som marknadsför produkter som inte är avtalade.
- Vi använder i första hand upphandlat sortiment. Vår verksamhet utvecklas ständigt vilket gör att vi måste få snabb hjälp av inköp när nya produktbehov dyker upp.

### Kunderna tycker till om utmaningen "allt via koncerninköp ifrån första kronan":

- Vi tror att det skulle bli farligt, svårt att tro att det skulle fungera för våra akuta lägen.
- Medicinskt tveksamt. Ni måste förstå att akut är akut.
- Då måste inköp bli lika snabba som våra leverantörer på att leverera i rätt tid när vi behöver akuta leveranser.
- Vi måste få hantera trivselfrågor själva på avdelningen. Tårtor, bullar blommor och godis etc.

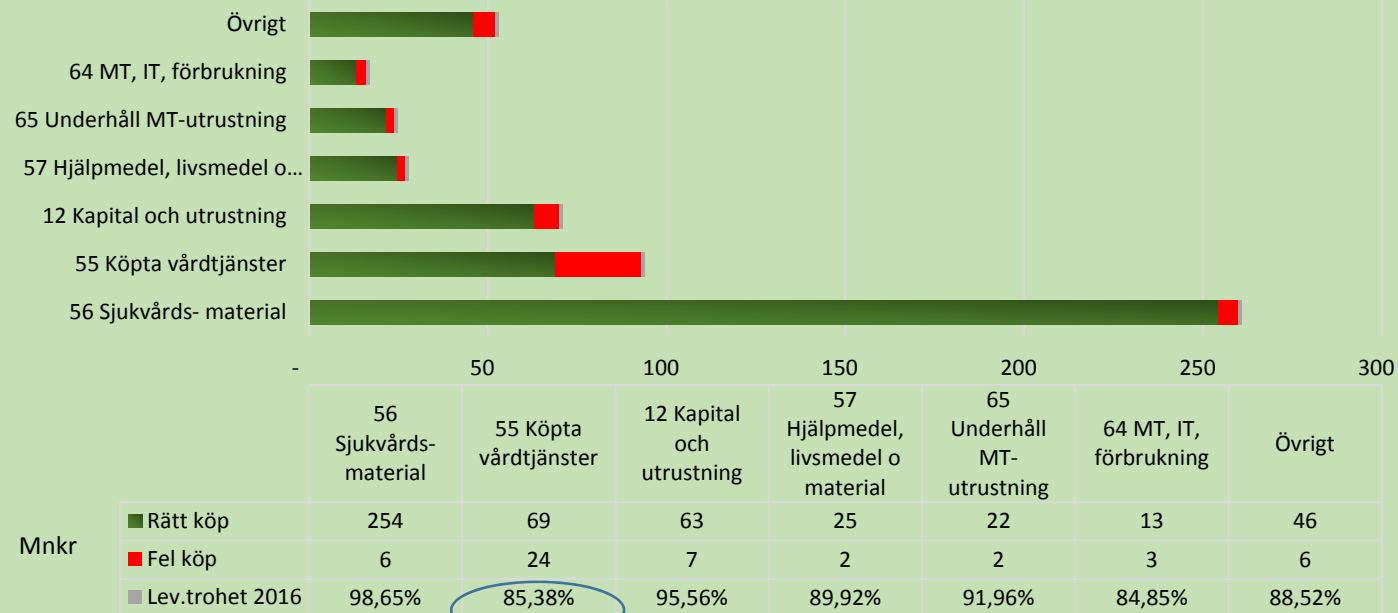
## Leverantörstrohet NU-sjukvården



- NU-sjukvården visar bäst resultat i VGR
- Vi har behov av en djupanalys/strategi för köpta vårdtjänster för att nå målet 100%
- Signallista finns framtagna med köp från leverantörer utan avtal



### Leverantörstrohet - Målet är 100 % rätt köp



NU-sjukvården visar bäst resultat i VGR

Vi har behov av en djupanalys/strategi för köpta vårdtjänster för att nå målet 100%

Signallista finns framtagen med köp från leverantörer utan avtal

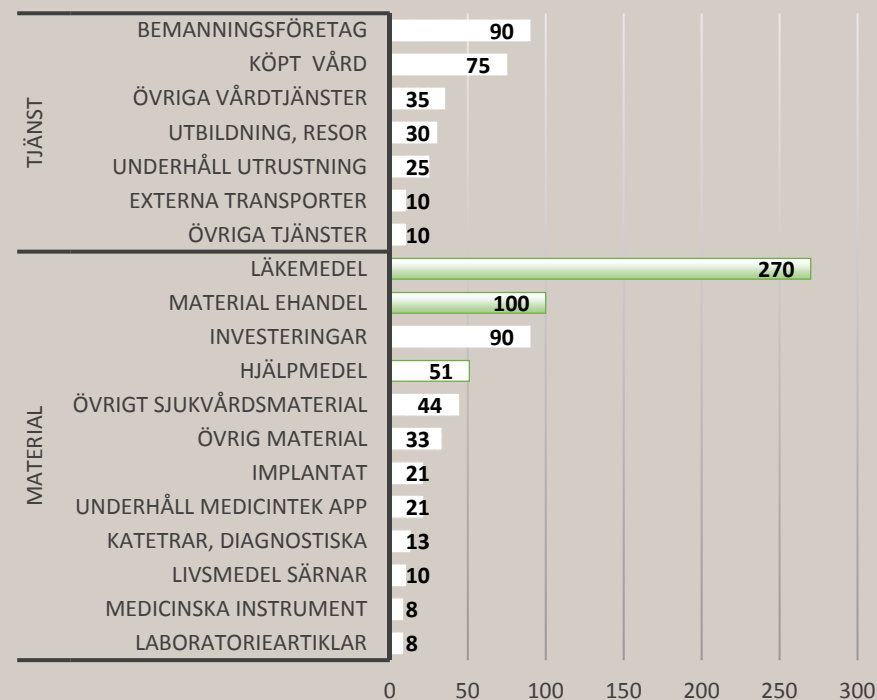
# 2

## Koncerninköps arbete med inköpsområden och kategorier

**Kunderna tycker till om vem som avgör avdelningens val av sortiment:**

- Vi har satsat på kvalificerade beställare, beställarna har ett stort mandat att filtrera önskemål ifrån kollegor.
- Teamet bestämmer, ibland är det läkarna men oftast sker det i samförstånd, upphandlat sortiment gäller.
- Vi har kvalificerade beställare som har bra kontroll på upphandlat sortiment.
- Möte mellan beställare och berörd personal på avdelningen, ibland kan läkare påverka, men sällan.
- Vi får influenser ifrån leverantörer, ifrån inköp via materialkonsulent och kundrådgivare, vi testar nya produkter inför nya upphandlingar
- Kollar i avtalskatalogen, kontaktar inköp via kundservice

Tabell. NU-sjukvårdens kostnader 2015 per inköpsområde  
– baserat på Raindance kontering



# 3

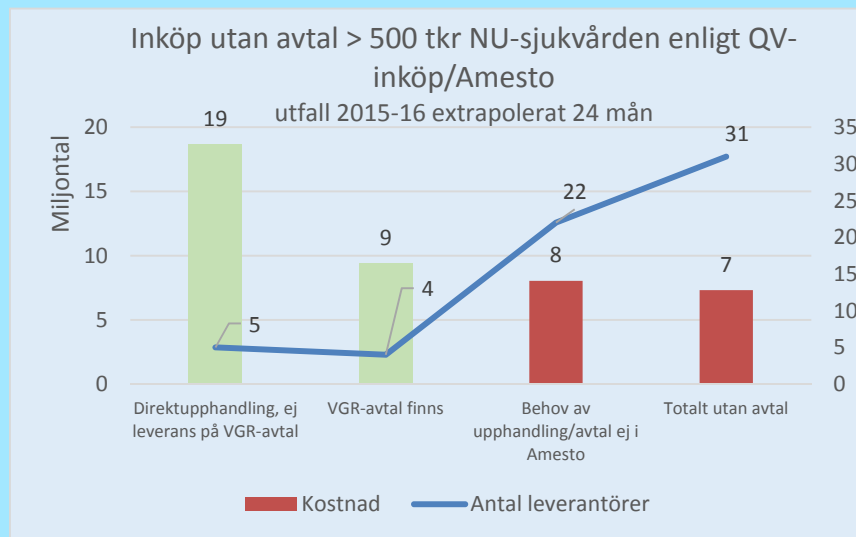
## Öka effektiviteten i upphandlingsarbetet

### Kunderna tycker till om frågan kring upphandling.

- Tydliggör rollerna för de som sitter i med styrgrupper och upphandlingsgrupper.
- Vi sitter med i upphandlingar kring vårt sortiment, liknande verksamheter inom VGR avstår, vilket innebär att vi får dra ett stort lass och får ta en del kritik på upphandlat sortiment.
- Vi vet inte vad ni håller på med , men det tar generellt alldeles för lång tid att få in nya artiklar på avtal.
- Ibland försvinner nödvändiga produkter ifrån avtal utan någon ersättning, vi får ingen återkoppling vilket gör att vi själva får leta rätt på egna leverantörer.

### Kunderna tycker till om avtalsdatabasen.

- Ja vi söker ofta själva i den
- Nej vi använder den inte.
- Ja man lär sig. Svårt att leta och hitta
- Lite krångligt, skickar FU om vi inte hittar.



### Leverantörstrohet är generellt hög i NU-sjukvården, 92 % aug 2016. Det finns främst tre källor till "otroheten" enligt QV-inköp

- Direktupphandling; där VGR-upphandlade leverantörer inte kan leverera, ex bemanningssjuksköterskor och bemanningsläkare.
- VGR-avtal finns; QV-inköp klarar inte alltid av att matcha inköp enligt Raindance och avtal enligt Amesto.
- Behov av upphandling/avtal finns inte i Amesto; det finns behov att Koncerninköp gör fler avtal, att mer avtal registreras i Amesto och i vissa fall en ökad följsamhet till befintliga avtal.

# 4

## Effektiv försörjningsprocess

### Kunderna tycker till om kontakterna med Koncerninköp.

- Vi har kontakt med materialkonsulenter och kundservice, fungerar bra för det mesta
- Kontaktar alltid kundservice eller inköpare. Bra bemötande.
- Tillgänglighet och öppettider fungerar bra som det är.

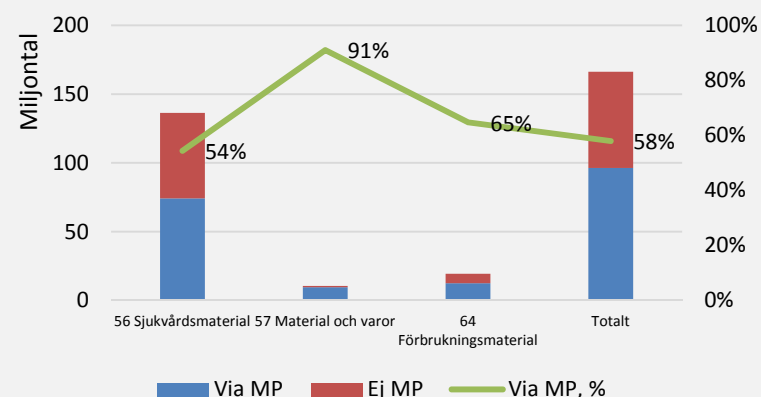
### Kunderna tycker till om eHandeln/MP

- MP har blivit betydligt bättre sedan senaste uppdateringen, men tyvärr försvinner mallar och produkter ibland.
- Vi saknar bilder hur svårt kan det vara?
- Bättre men fortfarande är det problematiskt att söka produkter, vi behöver bilder.

### Kunderna tycker till om förfrågningsunderlag (FU)

- Vi använder funktionen ofta, det tar mycket tid för oss att beställa repetitiva produkter, varför blir de inte upphandlade?
- Fungerar bra, snabb handläggning och snabb återkoppling.
- Det finns exempel på FU som tagit lång tid, men annars fungerar det bra.

Processtrohet utvalda konton NU-sjukvården 2015



- Generellt har verksamheten hög trohet till marknadsplatsen, en vanlig avdelning har ofta upp mot 100 %.
- Det som drar ner troheten är inom några specifika områden, där det inte går eller är svårt att beställa via Marknadsplatsen. Ex reagenser, enheter med konsignationslager och implantat.

## Instyrning inköpsområde till Koncerninköp (köp ifrån nedanstående leverantörer idag)

|                                     |
|-------------------------------------|
| Wieslab AB                          |
| Waters Sverige AB                   |
| Saab AB (publ)                      |
| Dako Sweden AB                      |
| Merck Chemicals and Life Science AB |
| Scandinavian Air Ambulance AB       |
| I Fyr Konsult AB                    |
| Taxi Väst AB                        |
| IHPU Psykologiutbildarna AB         |
| Best Marknad AB                     |
| Hans Olsson AB                      |
| Biostatistics KB                    |
| Sweden Meetx AB                     |
| SKLFS Fakturatjänst AB              |
| Bonvisi AB                          |
| Labkontroll Sverige AB              |
| SFAI Verksamheter AB                |
| Medical Vision AB                   |
| Medicall Analys AB                  |
| Ving Sverige AB                     |
| Diasend AB                          |
| Läkarkonsult Bona Fide AB           |
| Rini ergoteknik AB                  |
| Malmö Kongressbyrå AB               |
| Allytec AB                          |

### Definiera inköpsområden

| Inköpsområde | Produktgrupp | Avtalsområde | Instyrning<br>upphandling | Avtalstecknande |
|--------------|--------------|--------------|---------------------------|-----------------|
|--------------|--------------|--------------|---------------------------|-----------------|

### Instyrning och upphandling

## Instyrning av produkter till Koncerninköp, upphandling eller Basutbud extra

| Kund              | Produktbenämning                         | Leverantör | Artikelnummer | Kommentarer                                                                                |
|-------------------|------------------------------------------|------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Förlossningen NÄL | Sprutpump engångs                        | Baxter     |               | Används för smärtlindring i samband med förlossning, gör att patienten kan röra sig fritt. |
| Lab NÄL           | Frigolitlåda för att transportera prover |            |               | Försvann i samband med en upphandling, kunden har själv fått leta upp en leverantör.       |
|                   |                                          |            |               |                                                                                            |
|                   |                                          |            |               |                                                                                            |
|                   |                                          |            |               |                                                                                            |
|                   |                                          |            |               |                                                                                            |

## Instyrning av ärenden till Koncerninköp

| Kund                     | Ärende                                                                           | Ärendeansvarig                        | kommentarer                                                                                                      | Kontaktperson                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Förlossningen<br>NÄL     | Behov av handskanner                                                             | Annette Bodin                         | Besök för att informera om handskanner. Kunden vill även ha en diskussion kring MP generellt                     | Lillian Olsson<br>Fors, avd chef |
| Lab NÄL                  | Behov av handskanner                                                             | Annette Bodin                         | Besök för att informera om handskanner. Kunden vill även ha en diskussion kring MP generellt                     | Ann-Sofie Lundh,<br>avd chef     |
| Ögon<br>operation<br>NÄL | Beställer ur basutbudsextra, upplever att vi ändrar benämningarna på artiklarna. | Carina Frendberg<br>Gunnel Pettersson | Kontakta kunden för att klara ut sortimentet-benämning. Kunden är inte säker på vilken produkt hon ska beställa. | Marina<br>Flingmark, avd<br>chef |
|                          |                                                                                  |                                       |                                                                                                                  |                                  |
|                          |                                                                                  |                                       |                                                                                                                  |                                  |
|                          |                                                                                  |                                       |                                                                                                                  |                                  |



## Metod för ökad trohet

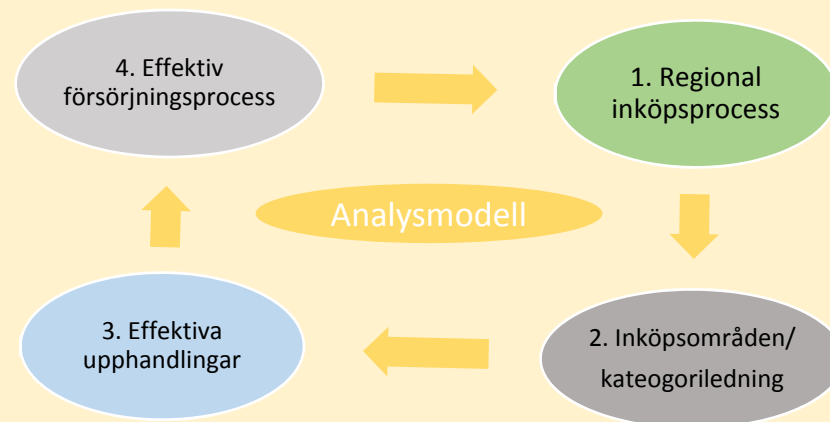
### Leverantörstrohet – väg mot 100 %

- Identifiera inköp utan avtal via QV-inköp
- "Tvätta" listan från inköp där VGR-avtal finns
- Ta fram verifikationslista över inköp från leverantörer utan avtal
- Stäm av med berörda verksamheter vad som köpts in/finns någon form av avtal/behov framöver mm.
- Anmäl behov av upphandling till Koncerninköp (webformulär)

### Processtrohet – väg mot 100 %

- Identifiera inköp utanför Marknadsplatsen (MP) via cognosrapport.
- Identifiera konton/kontogrupper där troheten är låg.
- Ta fram lista över inköp per leverantör för aktuella konto
- Ta fram verifikationslista över inköp från leverantör där troheten är låg.
- Stäm av med verksamheten om det handlar om återkommande inköp.
- Anmäl behov av att få aktuella artiklar beställningsbara i MP (alternativt anmäl behov av upphandling om avtal inte finns)

### Steg för steg



### Behov av "inköpsportal"

Ta fram en "inköpsportal" i Cognos eller annan utdatalösning. Chef ska kontinuerligt (varje månad?) kunna se och följa status för just sin enhet

- Processtrohet
- Leverantörstrohet
- Möjlighet att kunna klicka sig ner sig på ansvarsnivå
- Inköp per kontogrupp utanför avtal/MP
- Leverantörslistor
- Diagram



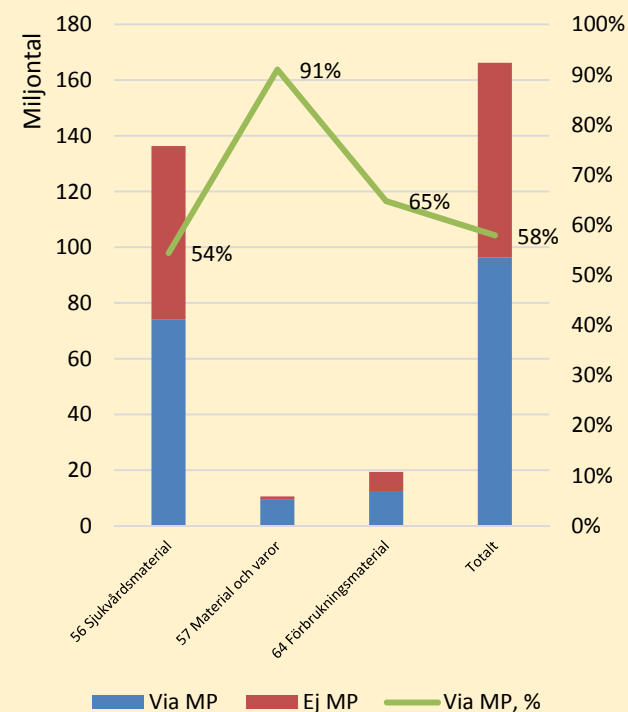


# Appendix

## Utvalda konton

| 2015                                                               |            |            |             |             |
|--------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 732 NU-sjukvården                                                  |            |            |             |             |
| Undertryck objekt - Summan är null eller noll (rader och kolumner) |            |            |             |             |
| Utfall                                                             | Via MP     | Ej MP      | Andel MP, % | 40 LR       |
| 5631 Inkontinensartiklar                                           | 551 830    | 967 941    | 36,31%      | 1 519 771   |
| 5632 Medicinska instrument                                         | 6 317 255  | 3 427 962  | 64,82%      | 9 745 217   |
| 5633 Implantat                                                     | 1 802 469  | 29 144 109 | 5,82%       | 30 946 577  |
| 5634 Katetrar, diagnostiska                                        | 52 164     | 13 378 807 | 0,39%       | 13 430 971  |
| 5635 Suturer                                                       | 1 934 874  | 31 479     | 98,40%      | 1 966 353   |
| 5636 Staples                                                       | 1 875 242  | 1 884 889  | 49,87%      | 3 760 131   |
| 5649 Övr sjukvårds-/tandvårdsmtrl                                  | 61 637 922 | 13 348 703 | 82,20%      | 74 986 626  |
| 5712 Andningshjälpmedel                                            | 85 495     | 534 586    | 13,79%      | 620 081     |
| 5721 Livsmedel och råvaror                                         | 1 925 088  | 365 567    | 84,04%      | 2 290 654   |
| 5731 Rengörings- och hygienmaterial                                | 7 588 323  | 50 248     | 99,34%      | 7 638 570   |
| 6413 Medicinteknisk utrustning                                     | 6 519 351  | 1 991 594  | 76,60%      | 8 510 944   |
| 6419 Övriga förbrukn.inventarier                                   | 2 334 278  | 2 225 506  | 51,19%      | 4 559 784   |
| 6431 Datorer, IT-utrustning                                        | 674 911    | 668 808    | 50,23%      | 1 343 719   |
| 6451 Kontorsmaterial                                               | 1 803 739  | 379 401    | 82,62%      | 2 183 140   |
| 6469 Övrigt förbrukningsmaterial                                   | 6 754      | 459 032    | 1,45%       | 465 786     |
| 6471 Trycksaker, blanketter                                        | 530 552    | 345 830    | 60,54%      | 876 381     |
| 6481 Arbetskläder skyddsutrustn                                    | 656 100    | 746 057    | 46,79%      | 1 402 157   |
| Summa                                                              | 96 296 344 | 69 950 520 | 57,92%      | 166 246 863 |
| Konto                                                              | Via MP     | Ej MP      | Via MP, %   |             |
| 56 Sjukvårdsmaterial                                               | 74 171 755 | 62 183 891 | 54%         |             |
| 57 Material och varor                                              | 9 598 905  | 950 401    | 91%         |             |
| 64 Förbrukningsmaterial                                            | 12 525 684 | 6 816 227  | 65%         |             |
| Totalt                                                             | 96 296 344 | 69 950 520 | 58%         |             |

Processtrohet utvalda konton  
NU-sjukvården 2015



# Leverantörstrohet NU-sjukvården

|  |                                          |
|--|------------------------------------------|
|  | VGR-avtal finns                          |
|  | Lokalt avtal, ej leverans från VGR-avtal |
|  | Investering, beställning via kundservice |
|  | Avtal VF                                 |
|  | Ej avtal                                 |

|                                     | Inköpsvolym |         |         |         |           |                       |                                                     |
|-------------------------------------|-------------|---------|---------|---------|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
|                                     | 201601      | 201602  | 201603  | 201604  | Summa     | Verksamhet            | Kommentar                                           |
| Qiagen AB                           | 308 437     | 451 966 | 153 006 | 131 467 | 1 044 877 |                       |                                                     |
| Stiftelsen Fryk-Center              |             | 344 085 | 137 634 | 275 268 | 756 987   |                       |                                                     |
| Mallinckrodt Pharmaceuticals        | 118 285     | 96 384  | 102 616 | 90 889  | 408 173   |                       |                                                     |
| Move D Management AB                |             | 375 000 | 17 819  |         | 392 819   |                       |                                                     |
| Hologic Sweden AB                   | 247 219     |         | 2 520   | 123 249 | 372 988   |                       |                                                     |
| Ing.firma Per-Oskar Persson AB      |             |         |         | 362 700 | 362 700   | Laboratoriemedicin    | Infrysningssenheter, specialutrustning              |
| Wieslab AB                          | 101 251     | 72 865  | 65 330  | 100 896 | 340 342   |                       | Labprover, kommer att skickas till SU fr o m hösten |
| Floda Systemskytt AB                | 167 752     |         | 13 690  | 145 018 | 326 459   |                       |                                                     |
| Waters Sverige AB                   | 11 338      |         | 283 355 |         | 294 693   | Laboratoriemedicin    |                                                     |
| Saab AB (publ)                      |             |         | 272 744 |         | 272 744   | Ambulansen            |                                                     |
| Praktikertjänst AB                  | 84 133      | 80 088  |         | 83 975  | 248 196   |                       |                                                     |
| Bemanningskompaniet i Sverige AB    | 69 960      | 34 989  | 61 445  | 56 507  | 222 901   |                       | Bemanningssjuksköterskor                            |
| Dako Sweden AB                      | 30 543      | 17 864  | 48 137  | 109 067 | 205 610   | Patologen             |                                                     |
| Mälaviken Medicin AB                |             | 108 650 |         | 95 400  | 204 050   |                       | Bemanningsläkare                                    |
| Skandinavisk Sjukvårdskompetens AB  |             | 28 747  | 81 644  | 35 511  | 145 902   |                       |                                                     |
| Merck Chemicals and Life Science AB |             | 57 990  | 86 200  |         | 144 190   | Laboratoriemedicin    |                                                     |
| Scandinavian Air Ambulance AB       |             |         | 70 860  | 70 860  | 141 720   | Kardiologen, Kirurgen |                                                     |
| I Fyr Konsult AB                    | 70 125      | 66 000  |         |         | 136 125   | Patologen             |                                                     |
| Taxi Väst AB                        | 31 587      | 39 778  | 57 854  |         | 129 220   | OP/IVA, Ambulans m fl |                                                     |
| IHPU Psykologiutbildarna AB         | 45 000      | 61 000  |         | 14 500  | 120 500   | Vuxenpsykiatri, BUP   |                                                     |
| Rågårdsviks Pensionat AB            | 42 975      | 84 555  |         |         | 127 530   |                       |                                                     |
| Best Marknad AB                     | 4 980       | 119 431 |         |         | 124 411   | Lokalenheten          |                                                     |
| Tuve Byggservice AB                 | 14 649      | 24 382  | 15 900  | 66 379  | 121 310   |                       |                                                     |
| Hans Olsson AB                      |             | 36 000  | 36 000  | 48 000  | 120 000   | Patologen             |                                                     |
| Biostatistics KB                    | 45 000      |         | 66 600  |         | 111 600   | Projekt Medicin       |                                                     |
| Emil Lundgren AB                    |             | 110 842 |         |         | 110 842   |                       |                                                     |
| Sweden Meetx AB                     | 34 339      | 19 519  | 53 697  | 3 189   | 110 745   |                       | Konferenser Svenska Mässan                          |
| SKLFS Fakturatjänst AB              | 1 640       | 1 000   | 104 000 | 2 820   | 109 460   |                       | Kostnader SKL - konferenser och publikationer       |
| eyemix                              |             | 720     |         | 105 000 | 105 720   | Investering ögon      |                                                     |
| Bonvisi AB                          |             | 37 460  | 67 140  |         | 104 600   | Kirurgen              | Avstämt                                             |

# Topp 25 lista på leverantörer, analys och instyrning

| Pos |                                     | 201601  | 201602  | 201603  | 201604  | Summa          | Verksamhet            | Kommentar                                           |
|-----|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1   | Wieslab AB                          | 101 251 | 72 865  | 65 330  | 100 896 | <b>340 342</b> |                       | Labprover, kommer att skickas till SU fr o m hösten |
| 2   | Waters Sverige AB                   | 11 338  |         | 283 355 |         | <b>294 693</b> | Laboratoriemedicin    |                                                     |
| 3   | Saab AB (publ)                      |         |         | 272 744 |         | <b>272 744</b> | Ambulansen            |                                                     |
| 4   | Dako Sweden AB                      | 30 543  | 17 864  | 48 137  | 109 067 | <b>205 610</b> | Patologen             |                                                     |
| 5   | Merck Chemicals and Life Science AB |         | 57 990  | 86 200  |         | <b>144 190</b> | Laboratoriemedicin    |                                                     |
| 6   | Scandinavian Air Ambulance AB       |         |         | 70 860  | 70 860  | <b>141 720</b> | Kardiologen, Kirurgen |                                                     |
| 7   | I Fyr Konsult AB                    | 70 125  | 66 000  |         |         | <b>136 125</b> | Patologen             |                                                     |
| 8   | Taxi Väst AB                        | 31 587  | 39 778  | 57 854  |         | <b>129 220</b> | OP/IVA, Ambulans m fl |                                                     |
| 9   | IHPU Psykologiutbildarna AB         | 45 000  | 61 000  |         | 14 500  | <b>120 500</b> | Vuxenpsykiatri, BUP   |                                                     |
| 10  | Best Marknad AB                     | 4 980   | 119 431 |         |         | <b>124 411</b> | Lokalenheten          |                                                     |
| 11  | Hans Olsson AB                      |         | 36 000  | 36 000  | 48 000  | <b>120 000</b> | Patologen             |                                                     |
| 12  | Biostatistics KB                    | 45 000  |         | 66 600  |         | <b>111 600</b> | Projekt Medicin       |                                                     |
| 13  | Sweden Meetx AB                     | 34 339  | 19 519  | 53 697  | 3 189   | <b>110 745</b> |                       | Konferenser Svenska Mässan                          |
| 14  | SKLFS Fakturatjänst AB              | 1 640   | 1 000   | 104 000 | 2 820   | <b>109 460</b> |                       | Kostnader SKL - konferenser och publikationer       |
| 15  | Bonvisi AB                          |         | 37 460  | 67 140  |         | <b>104 600</b> | Kirurgen              | Avstämt                                             |
| 16  | Labkontroll Sverige AB              |         |         |         | 95 501  | <b>95 501</b>  |                       |                                                     |
| 17  | SFAI Verksamheter AB                | 22 000  | 44 000  | 13 357  | 14 000  | <b>93 357</b>  |                       |                                                     |
| 18  | Medical Vision AB                   | 59 824  | 7 304   | 22 376  |         | <b>89 504</b>  |                       |                                                     |
| 19  | Medicall Analys AB                  |         | 87 290  |         |         | <b>87 290</b>  |                       |                                                     |
| 20  | Ving Sverige AB                     | 34 810  |         |         | 52 060  | <b>86 870</b>  |                       |                                                     |
| 21  | Diasend AB                          | 75 600  | 4 900   |         | 4 900   | <b>85 400</b>  |                       |                                                     |
| 22  | Läkarkonsult Bona Fide AB           |         |         |         | 68 000  | <b>68 000</b>  |                       |                                                     |
| 23  | Rini ergoteknik AB                  |         | 78 058  | 3 383   | 3 383   | <b>84 824</b>  |                       |                                                     |
| 24  | Malmö Kongressbyrå AB               | 21 796  | 11 900  | 20 213  | 27 520  | <b>81 429</b>  |                       |                                                     |
| 25  | Allytec AB                          | 18 300  | 22 800  | 10 600  | 29 721  | <b>81 421</b>  |                       |                                                     |

# Frågor som använts i kartläggningen.

Intervjuer med en utvald förvaltning. Inköpscontroller, verksamhetsföreträdare på ett antal vårdavdelningar chef och beställare.

- Hur ser ert köpbetende ut, vad avgör valet av vilken produkt/ tjänst ni väljer?
- Vem bestämmer avdelningens sortiment?
- Hur ser er process ut när ni gör ett inköp?
- Hur tycker Ni att MP fungerar?
- Använder ni anskaffningsfunktionen i MP (FU)?
- Känner ni till avtalsdatabasen, söker ni aktivt efter avtal?
- Hur sker era kontakter med inköp?
- Hur tycker ni att kontakterna fungerar?
- Hur skulle det påverka er som verksamhet om all handel skulle hanteras via inköp.
- Vilka verksamhetskrav skulle ni ha på koncerninköp för ett sådant tänk.
- Skulle det hjälpa med inköp fysiskt på plats ? Eller annan lösning emot idag?

# Ärende 8

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-23

Diarienummer NU 2016-00653

**Västra Götalandsregionen**

**NU-sjukvården/Ledningskansliet**

Handläggare: Magnus Söderbergh

Telefon: 010-435 36 73

E-post: [magnus.soderbergh@vgregion.se](mailto:magnus.soderbergh@vgregion.se)

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Patientsäkerhetsplan 2017**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården fastställer patientsäkerhetsplan 2017 för NU-sjukvården.

### **Sammanfattning av ärendet**

NU-sjukvårdens patientsäkerhetsplan för 2017 har tagits fram utifrån den regionala planen och den handlingsplan för patientsäkerhet som gällt under 2016.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Magnus Söderbergh  
Chefläkare

### **Bilaga**

- Patientsäkerhetsplan 2017
- Riktlinjer för patientsäkerhet 2017

### **Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Magnus Söderbergh, chefläkare, [magnus.soderbergh@vgregion.se](mailto:magnus.soderbergh@vgregion.se)

# PATIENTSÄKERHETSPLAN FÖR NU-SJUKVÅRDEN 2017

Patientsäkerhetsarbetet innebär insatser för att minska risk för vårdskador. VGR har en nollvision för att undvika vårdskador vilket innebär att vi hela tiden ska sträva efter att minska antalet undvikbara skador.

## Långsiktigt mål

En hälso- och sjukvård som ges med högsta kvalitet och patientsäkerhet

## Regiongemensamma strategier

En stark och gemensam patientsäkerhetskultur

Patientdelaktigheten ska vara hög i patientsäkerhetsarbete

Vi har regional samordning och erfarenhetsutbyte med varandra

## Insatsområden

- Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården
- Antibiotikaresistens
- Trycksår
- Strålsäkerhet
- Överbeläggningar
- Fallskador
- Undernäring
- Läkemedelsrelaterade skador
- Patientsäkerhetsforskning
- Patientsäkerhetsutbildning

## Vi arbetar med

- Systematisk journalgranskning för att hitta vårdskador
- Händelse- och riskanalys för att utreda vårdskada och ta fram åtgärder
- SKL:s åtgärdsprogram
- Personcentrerat arbetssätt

## Punktprevalensmätning (PPM)

- Trycksår vecka 10 och 42
- VRI vecka 12





| <b>NU-övergripande mål och mätetal</b>                                                      | <b>Nuläge</b>           | <b>Målvärde 2017</b> | <b>Målvärde 2018</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Patientsäkerhetskultur</b>                                                               | Resultat 2015           | >10 enheter          |                      |
| <b>Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården</b>                               |                         |                      |                      |
| Vårdrelaterade infektioner inom den somatiska vården. Punktprevalensmätning (PPM) (VP 2017) | 10,3 (PPM)              | <6%                  | <6%                  |
| Andel rätt dokumenterad smittbedömning gastroenterit vid inläggning                         |                         | 95%                  | 95%                  |
| Vårdtillfällen/1000 invånare >=65år, med UVI som huvuddiagnos                               | 10,5%                   | <10%                 | <10%                 |
| Andel kinolonpreparat vid afrebil UVI                                                       | 19%                     | 14%                  | <10%                 |
| Samhällsförvärd pneumoni. Pcv eller PcG som initial behandling                              | 51%                     | >55%                 | >55%                 |
| <b>Trycksår</b>                                                                             |                         |                      |                      |
| Andel patienter (18 år och äldre) med trycksår. Punktprevalensmätning (PPM) (VP 2017)       | 6% (grad 2-4)           | <5% (grad 2-4)       | <4% (grad 2-4)       |
| Andel riskbedömningar patienter >18 år inom somatisk vård                                   | 76%                     | 95%                  | 100%                 |
| Andel riskpatienter med tryckpreventiva åtgärder (exkl. madrass)                            | 68% (PPM)               | 100%                 | 100%                 |
| <b>Strålsäkerhet</b>                                                                        |                         |                      |                      |
| Andel icke berättigade datortomografi (CT)-undersökningar, mätt genom remissgranskning      | 33%                     | 10%                  | 5%                   |
| <b>Överbeläggningar</b>                                                                     |                         |                      |                      |
| Utlokaliseringar                                                                            | 1,7/100 vtf             | 0                    | 0                    |
| Beläggningsgrad                                                                             | Soma: 100%<br>Psyk: 90% | 90%                  | 90%                  |
| Överbeläggningar                                                                            | 6/100 vtf               | 0                    | 0                    |
| <b>Fallskador</b>                                                                           |                         |                      |                      |
| Antal fallvårdskador inom vården. Rapportering i MedControl Pro (MCP)                       | 167 (MCP)               | Halvering            | Halvering            |
| Andel fallriskvärderingar patienter >18 år inom slutenvård                                  | 73%                     | 95%                  | 100%                 |
| Andel riskpatienter som erhåller fallpreventiva åtgärder                                    |                         | 75%                  | 75%                  |
| <b>Undernäring</b>                                                                          |                         |                      |                      |
| Andel riskpatienter med undernäring                                                         | Nuläge saknas           | Tas fram regionalt   |                      |
| Andel gjorda riskbedömningar för undernäring                                                | Nuläge saknas           | 50%                  | 75%                  |
| <b>Läkemedelsrelaterade skador</b>                                                          |                         |                      |                      |
| Andel patienter inom slv m läkemedelsberättelse som patienten tar del av (VP 2017)          | 62%                     | 80%                  | 85%                  |
| Antal vårdenheter som försörjs med slutenvårdsdos                                           | 0                       | 30                   | 32                   |

# Riktlinjer för Patientsäkerhet 2017

Fastställt av NU-styrelsen 2017-XX-XX

# Innehåll

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| <u>Riktlinjer för Patientsäkerhet 2017</u>                        | 3  |
| <u>Inledning</u>                                                  | 3  |
| 1 <u>Övergripande strategiområden</u>                             | 4  |
| 1.1 <u>Patientsäkerhetskultur</u>                                 | 4  |
| 1.2 <u>Patientdelaktighet</u>                                     | 6  |
| 1.3 <u>Regional samordning och erfarenhetsutbyte</u>              | 7  |
| 2 <u>Verktyg och metoder</u>                                      | 8  |
| 2.1 <u>Systematisk journalgranskning</u>                          | 8  |
| 2.2 <u>Händelse- och riskanalyser</u>                             | 10 |
| 2.3 <u>Analys av inträffade vårdskador och tillbud</u>            | 12 |
| 3 <u>Insatsområden</u>                                            | 13 |
| 3.1 <u>Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården</u> | 13 |
| 3.1 <u>Antibiotikaresistens</u>                                   | 16 |
| 3.3 <u>Trycksår</u>                                               | 19 |
| 3.4 <u>Strålsäkerhet</u>                                          | 20 |
| 3.5 <u>Överbeläggningar</u>                                       | 22 |
| 3.6 <u>Fallskador</u>                                             | 23 |
| 3.7 <u>Undernäring</u>                                            | 25 |
| 3.8 <u>Läkemedelsrelaterade skador</u>                            | 26 |
| 3.9 <u>Patientsäkerhetsforskning</u>                              | 28 |
| 3.10 <u>Patientsäkerhetsutbildning</u>                            | 29 |

# Riktlinjer för Patientsäkerhet 2017

## Inledning

Patientsäkerhetsarbete innebär insatser för att minska risk för vårdskador. Alla skador som kunnat undvikas om rätt åtgärd vidtagits av vården räknas som vårdskador.

Västra Götalandsregionen (VGR) har uttalat en nollvision för vårdskador vilket innebär att sjukvården hela tiden ska sträva efter att minska antalet undvikbara skador.

NU-sjukvårdens handlingsplan för patientsäkerhet 2017 är en del av [Verksamhetsplan NU-sjukvården 2017](#). Den tar sin utgångspunkt i den regionala patientsäkerhetsplanen och regionens riktlinjer. Upplägget följer VGR:s riktlinjer. Dessa är till stora delar inkluderade i NU-sjukvårdens riktlinjer.

Under 2017 kommer punktprevalensmätningar i NU-sjukvården att genomföras:

|          |          |
|----------|----------|
| Trycksår | vecka 10 |
|          | vecka 42 |

|     |          |
|-----|----------|
| VRI | vecka 12 |
|-----|----------|

# 1 Övergripande strategiområden

## 1.1 Patientsäkerhetskultur

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att skapa förändring mot en säkrare vård och ökad patientcentrering. Att mäta patientsäkerhetskultur ger värdefull information om organisationens styrkor och svagheter. Resultat från mätningar utgör underlag för dialog om attityder och värderingar som påverkar beteenden på samtliga nivåer i hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetskultur uttrycker organisationens vilja och förmåga att förstå säkerhet och risker samt viljan och förmågan att agera säkert så att säkerhet kan främjas. Arbete med säkerhetskultur är en viktig del vid utveckling av patientsäkerheten i organisationen. Målet är att stimulera till dialoger kring frågor av betydelse för säkerheten på alla nivåer. Insatser för att förbättra patientsäkerhetskulturen ska genomsyra samtliga insatsområden i patientsäkerhetsplanen.

- Mätningar av patientsäkerhetskultur ska genomföras i verksamheterna vartannat år. Nästa mätning kommer att genomföras år 2017, och skall samordnas med medarbetarenkäten
- Patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete ska integreras och utvecklas eftersom det finns ett samband mellan dessa områden
- Att högsta ledningen prioriterar och efterfrågar patientsäkerhetsarbetet
- Möjligheter till kunskapsspridning mellan landsting och regioner kring arbete med resultat efter genomförda mätningar

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- Stödjer och samordnar regionens patientsäkerhetskulturmätningar
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna
- Bevakar forskning och utveckling inom området

##### Förvaltningarna

- Genomföra patientsäkerhetskulturmätningar med hög svarsfrekvens
- Fortsätta interventioner för att stärka patientsäkerhetskulturen
- Verka särskilt för att öka benägenheten att rapportera avvikelser, återföring och kommunikation av avvikelser, samt högsta ledningens engagemang

### NU-sjukvårdens riktlinjer

Vid mätningen av patientsäkerhetskultur i NU-sjukvården hösten 2015 var svarsfrekvensen endast 45 procent vilket delvis bedöms bero på att medarbetarenkäten gjordes samtidigt. Samordningen av de båda enkäterna kommer att förbättra förutsättningarna för en högre svarsfrekvens men det krävs dessutom ett aktivt ledarskap för att underlätta och stimulera alla medarbetare att besvara enkäten. Resultatet från 2015 visade inga större förändringar jämfört

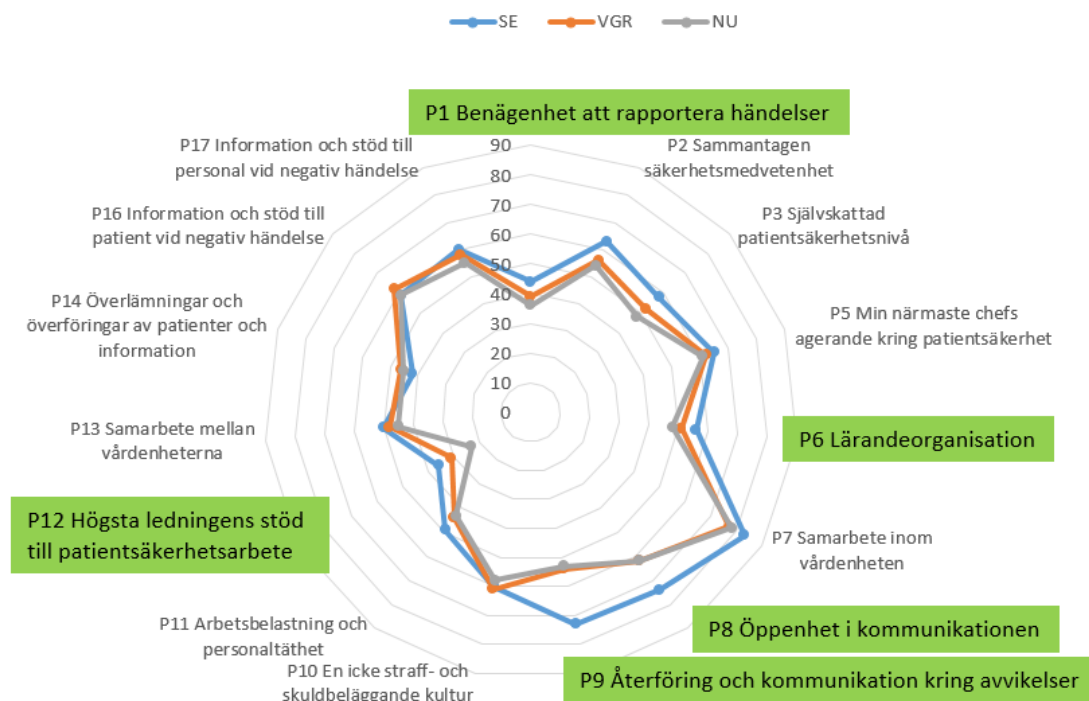
med föregående mättillfälle och var i de flesta dimensioner lägre än i VGR som helhet. De visar att patientsäkerhetsarbetet behöver bedrivas mer proaktivt och vi behöver identifiera risker, förhindra att de upprepas samt följa upp de åtgärder som gjorts och lära av dem.

| Aktiviteter                                                                                        | Ansvarig           | Tidplan                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Genomföra en patientsäkerhetsdag                                                                   | Utvecklingsenheten | Hösten 2017               |
| Genomföra patientsäkerhetsdialoger med alla verksamheter samt ”gå och förstå-möten” på vårdenheter | Chefläkare         | Hösten 2017<br>Våren 2017 |
| Systematisk uppföljning av att ärenden i MedControl PRO blir avslutade                             | Chefläkare         | Halvårsvis                |

| Mätetal                                                     | Frekvens     | Nuläge                        | Målvärde 2017                                                | Målvärde 2018 |
|-------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|
| Index för varje dimension i patientsäkerhetskulturmätningen | Vartannat år | <a href="#">Resultat 2015</a> | Ökning: >10 enheter för dimensionerna P1, P6, P8 och P9, P12 |               |
| Antal enheter som infört Gröna Korset                       | År           | <10                           | >20                                                          | >30           |

Diagramområde

## Patientsäkerhetskulturmätning 2015



## 1.2 Patientdelaktighet

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Patienters och närståendes upplevelser och synpunkter på hälso- och sjukvården är värdefulla och de ska därför ges möjligheter att vara delaktiga i det fortlöpande förbättringsarbetet. Synpunkter och klagomål på vården ska bedömas, bemötas, åtgärdas och tas tillvara oavsett på vilket sätt de tas emot. Verksamheterna ska utveckla sina system för att befrämja detta. De uppgifter som tas emot ska bedömas utifrån såväl patientlagens som patientsäkerhetslagens perspektiv.

Synpunkter som kommer till vårdgivarens kännedom ska hanteras i samma avvikelshanteringssystem som personalrapporterade avvikelser (för Västra Götalandsregionens verksamheter i MedControlPRO (MCP)) så att de tas tillvara på ett systematiskt sätt.

Genom samarbete med Patientnämnden kan klagomål analyseras och användas så att patientens förtroende för vården och patientsäkerheten stärks. Patienten och närstående ska aktivt ges möjligheter till och goda förutsättningar för att delge sin syn på händelseförloppet, orsaker och förbättringsområden när utredningar görs av händelser som medförde eller kunde medföra vårdskada.

Synpunkter från patienter och patientorganisationer är värdefulla i arbetet med de riskanalyser som görs för att höja vårdens kvalitet och säkerhet. Patienter, närstående, invånare och patientorganisationer bör därför systematiskt bjudas in att delta i riskanalyser.

”Förstå mig rätt” är en metod utvecklad i VGR där vårdpersonal tar ansvar för att patienten förstår informationen som ges kring hälsa och behandling. Sådan förståelse är inte sällan kritisk för att minska risken för uppkomsten av skador.

VGR har även utvecklat metoden ”Tänk om i 4 steg”, i syfte att involvera patient och närstående i att utveckla vården och som gör det möjligt att ta tillvara patienternas och personalens erfarenheter i syfte att öka patienttillfredsställelse och patientsäkerhet.

### Ansvarsfördelning

#### Koncernstaben

- Stödja patientdelaktighet i patientsäkerhetsarbete på alla nivåer i organisationen
- Underlätta för invånarna att framföra klagomål och synpunkter

#### Förvaltningarna

- Införa och förbättra system för att systematiskt ta emot och hantera synpunkter från patienter och närstående oavsett hur synpunkterna kommit till vårdgivarens kännedom (direkt eller via andra aktörer)
- Använda MCP som stöd för att registrera, utreda, och följa upp patienters och närståendes synpunkter och dokumentation av handläggningen
- Systematiskt sammanställa och ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och synpunkter och använda dessa som underlag i förbättringsarbetet för att skapa mervärde för patienten
- Ha rutiner för ett strukturerat omhändertagande av patient och närstående i samband med en oönskad händelse som medförde allvarlig vårdskada. Detta inbegriper delaktighet i de utredningar som görs

## NU-sjukvårdens riktlinjer

Alla synpunkter som inkommer till NU-sjukvården registreras och hanteras i MedControl PRO. Sjukhusledningen följer upp på övergripande nivå att ärenden avslutas.

Patienterna kan delge sina synpunkter på den vård de fått via i huvudsak tre olika kanaler: direkt till vårdgivaren, via patientnämnden eller Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Patientvägledarna är en viktig ingång till NU-sjukvården för patienter och närstående och med denna direkta kommunikation har vi möjlighet att involvera dem i vårt avvikelse- och patientsäkerhetsarbete. Patientvägledarna verkar utifrån de enskilda verksamheterna och samverkar i ett NU-övergripande nätverk där även patientnämnden kan delta.

Tillgängligheten ser dock olika ut och ett arbete med att harmonisera och samordna funktionen kommer att göras.

| Aktiviteter                                                | Ansvarig   | Tidplan |
|------------------------------------------------------------|------------|---------|
| Förtydliga rutiner och verktyg för ökad patientinvolvering | Chefläkare | 2017    |



| Mätetal                                                                                                                          | Frekvens      | Nuläge   | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|---------------|---------------|
| Antal verksamheter som systematiskt tar tillvara patienters och närståendes synpunkter och erfarenheter i sitt utvecklingsarbete | Var 3:e månad | 11 av 22 | 18            | 22            |
| Andel händelseanalyser som patient/närstående varit delaktig i                                                                   | År            |          | 90 %          | 90 %          |

## 1.3 Regional samordning och erfarenhetsutbyte

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Inom VGR bedrivs ett aktivt arbete för att förebygga vårdskador såväl inom alla utförarförvaltningar som inom koncernstaben. För att få avsedd effekt i den direkta sjukvårdsverksamheten måste en stor del av arbete ske på förvaltnings- och verksamhetsnivå.

Stora vinster finns att göra med erfarenhetsutbyte och samverkan inom ramen för ledningsarbetet inom hälso- och sjukvården. Koncernstaben måste ha en aktiv roll dels i arbetet med att utveckla system för samverkan och erfarenhetsutbyte, dels genom att direkt sprida erfarenheter och ta initiativ till förbättringsarbete.

För att bidra till styrning och samordning inom patientsäkerhetsområdet mellan utförarförvaltningar och koncernstaben finns funktionsgrupp chefläkare och särskilda nätverk inom olika insatsområden.

Arbetet med att utveckla regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete utgör en betydande del i detta arbete. Det är också angeläget att i ökande omfattning involvera de privata vårdgivarna som landstinget har vårdavtal med i samverkansarbetet.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstab

- Leder funktionsgrupp chefläkare och nätverksträffar för ansvariga befattningshavare inom patientsäkerhetsarbetet
- Sprider erfarenheter och kunskaper samt stödjer och stimulerar erfarenhetsutbyte inom patientsäkerhetsarbete genom till exempel analyser, konferenser, utbildningar
- Samverkar med IVO, Patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell nivå
- Samordnar arbetet med patientsäkerhetsberättelser på regional- och förvaltningsnivå
- Företräda översta vårdgivarnivån i tillsynsändan från IVO och Strålsäkerhetsmyndigheten
- Tar initiativ till att regionala riktlinjer utformas med utgångspunkt i erfarenheter från risk- och händelseanalyser samt statlig tillsyn

- Bidrar till att utveckla regionens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- Bevakar aktuell forskning och utveckling inom patientsäkerhetsområdet

#### Förvaltningar

- Deltar i och bidrar till regional samordning och erfarenhetsutbyte
- Sprider erfarenheter från övriga regionen inom egen organisation
- Utvecklar sina egna ledningssystem inom ramen för det regionala arbetet

| Aktiviteter                                                                                                                       | Ansvarig   | Tidplan |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|
| Revidering av NU-sjukvårdens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, med anpassning till det regionala ledningssystemet. | Chefläkare | 2017    |
| Ta fram och fastställ rutin för strukturerat arbetssätt med att ta fram/revidera NU-övergripande rutiner.                         | Chefläkare | 2017    |

## 2 Verktyg och metoder

### 2.1 Systematisk journalgranskning

#### VGR:s riktlinjer

##### Inriktning

Strukturerad granskning av slumpvis valda vårdtillfällen med metoden markörbaserad journalgranskning (MJG) kan användas för att följa utvecklingen av vårdskadeförekomsten över tid och att mäta effekterna på patientsäkerheten av det patientsäkerhetsarbete som genomförts. Genom tematiska granskningar av journaler i verksamheterna kan dessutom särskilda vårdskadeområden identifieras för närmare analys som ett led i det fortlöpande och systematiska förbättringsarbetet.

Med MJG kan avvikelser som medfört vårdskador identifieras vilka utgör ett betydelsefullt komplement till de avvikelser som framkommer genom personalens rapporter och klagomål från patienter och närstående. Tillsammans ger dessa system en god täckning av de olika avvikelser som kan förekomma och möjliggör därför att relevant kunskap kan erhållas om hur vårdens kvalitet och säkerhet kan förbättras.

Markörbaserad journalgranskning som utvecklats av SKL har använts för systematisk granskning av somatisk slutenvård av vuxna sedan 2013. Metoden finns sedan 2016 också tillgänglig för vuxenpsykiatri och barnsjukvård och det är därför angeläget att den blir införd även inom dessa områden.

##### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Sprida information om utbildningar som ges av SKL
- Sammanställa, analysera och återföra resultaten på aggregerad nivå

- Stödja och stimulera till granskningar på verksamhetsnivå
- Stödjer och stimulerar till erfarenhetsutbyte mellan granskningsteam

Förvaltningarna:

- Slumpvis granskning på sjukhusnivå av den somatiska slutenvården av vuxna där det minsta antalet slumpvis utvalda granskade journaler per månad är: 20 stycken för universitetssjukhuset, 15 stycken för länssjukhusen och 10 stycken för länsdelssjukhusen
- Journalgranskning på klinikinivå och använda dessa som grund för förbättringsarbete
- Genomföra journalgranskning inom barnsjukvård och vuxenpsykiatri
- Registrera identifierade vårdskador i MCP

## NU-sjukvårdens riktlinjer

NU-sjukvårdens granskningsteam består av tre sjuksköterskor och tre läkare och har arbetat kontinuerligt med metoden sjukhusövergripande sedan 2007. Teamet erbjuder även metodstöd vid riktad granskning på verksamhetsnivå.

Under 2016 påbörjades granskning inom psykiatri och barnsjukvården. Övriga kliniker har sedan tidigare genomfört granskningar som nu ska ligga till grund för förbättringsarbete.

| Aktiviteter                                                                                                   | Ansvarig                                       | Tidplan |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------|
| Markörbaserad journalgranskning av 20 journaler per månad NU-övergripande inom somatisk slutenvård för vuxna. | Chefläkare                                     | 2017    |
| Granskning genomförd och resultatet analyserat inom barnkliniken och vuxenpsykiatri.                          | Verksamhetschef barn respektive vuxenpsykiatri | 2017    |

| Mätetal                                                                                                   | Frekvens | Nuläge | Målvärde 2017                               | Målvärde 2018 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|---------------------------------------------|---------------|
| Andel verksamheter som använder resultaten från markörbaserad journalgranskning i sitt förbättringsarbete | År       | Saknas | 100 % av granskade verksamheter t.o.m. 2016 |               |
| Andel slutenvårdstillfällen per 12 månader där patienten drabbats av (minst) en skada                     | Halvår   | 14,5%* | <10%                                        | <9%           |
| Andel slutenvårdstillfällen per 12 månader där patienten drabbats av (minst) en vårdskada                 | Halvår   | 9%*    | <5%                                         | <4%           |

\*oktober 2016

## 2.2 Händelse- och riskanalyser

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Händelseanalyser görs för att så långt det är möjligt klarlägga händelseförlopp och bidragande orsaker till att oönskade händelser uppstått som medförde eller kunde medföra vårdskada.

Risikanalyser görs för att identifiera risker och orsaker till att oönskade händelser och skador ska uppkomma i en verksamhet eller en vårdprocess. Riskanalyser bör som underlag bland annat innefatta resultaten av gjorda händelseanalyser (såväl i den egna organisationen som av andra) och utredningar av avvikelser.

Händelse- och riskanalyser leder till att åtgärder kan identifieras och implementeras i verksamheten vilka syftar till att minska risken för oönskade händelser och därigenom stärka patientsäkerheten.

Arbetet med framför allt riskanalyser bör utvidgas så att fler analyser görs. Arbetet med händelseanalyser bör i ökad omfattning ske strukturerat och enligt den metod som stöds av Nationellt IT-stöd för händelseanalys (Nitha) som i sin tur baseras på den handbok som getts ut av Statens kommuner och landsting (SKL).

Resultaten av händelseanalyser bör läggas in i den nationella kunskapsbank som finns i Nitha och därigenom bidra till att öka möjligheterna till erfarenhetsutbyte nationellt. För att säkerställa att de åtgärder som vidtas på basen av fynden av händelse- och riskanalyser får avsedd effekt måste de följas upp och utvärderas genom egenkontroll, vilket bland annat avvikelshanteringssystemet ger stöd för.

En ny metod som bygger på att analysera komplexa system av vårdprocesser Funktionell resonansanalysmetod (FRAM) är under införande och kan vara användbar i situationer där de vanliga metoderna för händelse- och riskanalys inte upplevs som tillräckliga. FRAM bör utgöra en del av utvecklingsarbetet inom patientsäkerhetsområdet.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- Samordna utvecklingen och implementeringen av kriterier för vilka suicidhändelser som ska utredas med händelseanalys enligt den rekommenderade metoden
- Sammanställa, analysera och återföra resultaten av händelseanalyser på aggregerad nivå
- På regionövergripande nivå följa uppföljningen av implementerade åtgärder och effekterna av patientsäkerhetsarbetet genom gemensamma system för egenkontroll
- Sprida kunskap om hur händelse- och riskanalyser kan och bör genomföras
- Koordinera och stödja den regionövergripande implementeringen och användningen av Nitha och händelseanalys enligt handboken
- Stimulera till användning av regionövergripande och nationella databaser för händelseanalyser (Nitha Kunskapsbanken) och riskanalyser i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet
- Ge utbildningar i och stödja implementering av FRAM för analys och förbättring av patientnära system

- Delta i och bevaka arbetet och kunskapsbildningen kring händelse- och riskanalyser nationellt och internationellt

#### Förvaltningarna

- Säkerställa att det finns analysledare med kompetens att genomföra risk- och händelseanalyser enligt handboken och i Nitha
- Delta i utvecklingen av och implementera kriterier för vilka suicidhändelser som ska utredas med händelseanalys enligt den rekommenderade metoden
- Göra händelseanalyser med Nitha Analys som ett led i den interna utredningen vid Lex Maria-anmälningar
- Överföra händelseanalyser som gjorts i Nitha Analys till Nitha Kunskapsbanken
- Göra riskanalyser inför förändringar av verksamheten och vid upprepade oönskade händelser
- Registrera gjorda risk- och händelseanalyserna som rör patientsäkerhet i tillgängliga regionövergripande (eller nationella) databaser
- Använda erfarenheterna från tidigare gjorda händelse- och riskanalyser som underlag i det proaktiva patientsäkerhetsarbetet
- Implementera funktionell resonansanalysmetod (FRAM) som ett verktyg i utveckling av patientnära system

## NU-sjukvårdens riktlinjer

Vid risk för eller uppkommen allvarlig vårdskada genomförs en händelseanalys som del i NU-sjukvårdens internutredning. Patient eller närstående inbjuds att delta och får återkoppling av uppdragsgivaren när slutrapporten är skriven.

Analysen görs enligt SKL:s handbok ”[Riskanalys och händelseanalys](#)”. Metoden stöds av [Nitha](#) (Nationellt IT-stöd för händelseanalys).

Efter varje genomförd händelseanalys beslutar uppdragsgivaren om förebyggande åtgärder. Ett arbete kommer att göras under året för att förtydliga ansvar för att prioritera, besluta och genomföra åtgärder som berör andra enheter än där uppdragsgivaren har mandat att fatta beslut.

Som del i NU-sjukvårdens egenkontroll, för att säkra att beslutade åtgärder genomförs, sammanställs varje månad de Nitha-ärenden som inte avslutats. Chefläkare redovisar detta för sjukhusledningen.

| Aktiviteter                                                                                       | Ansvarig           | Tidplan |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|
| Utveckla ett arbetssätt för att sprida lärdomar och erfarenheter från händelseanalyser.           | Utvecklingsenheten | 2017    |
| Alla genomförda riskanalyser läggs in i Alfresco mapp ”NU Riskanalys” och länkas till intranätet. | Utvecklingsenheten | 2017    |
| Revidera rutin för händelseanalys                                                                 | Utvecklingsenheten | 2017    |

| Mätetal                                                                  | Frekvens | Nuläge | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|--------|---------------|---------------|
| Antal pågående analyser äldre än 2 månader som inte är avslutade i NITHA | Månad    | 24 st. | <5            | 0             |
| Antal analyser i NITHA äldre än två år som inte är uppföljda.            | Månad    | 20 st. | 0             | 0             |

## 2.3 Analys av inträffade vårdskador och tillbud

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Ett avvikelshanteringssystem ska finnas för stödja processen för rapportering och hantering av oönskade händelser. Systemet ska bland annat säkerställa att händelserna utreds och att åtgärder vidtas som leder till att patientsäkerheten stärks. Genom att alla avvikelser oavsett hur de har upptäckts (merparten av personal, som klagomål eller vid journalgranskning) konsekvent hanteras i systemet skapas förutsättningar för en hantering med hög kvalitet. I avvikelshanteringssystemet samlas också samtlig dokumentation som rör utredningen av händelsen vilket ger möjligheter till sammanställningar och analyser på aggregerad nivå som är användbara för strategiska beslut och för generering av ny kunskap inom patientsäkerhetsområdet.

Avvikelsehanteringssystemet ska användas för regelbundna sammanställningar på alla nivåer i organisationen. Syftet med sammanställningarna är att identifiera risk- och förbättringsområden. Sammanställningarna och resultaten av analyserna ska återföras till verksamheten och dess personal och leda till ökad kunskap om patientsäkerheten i verksamheten och ökad delaktighet i verksamhetsförbättring. Rapportering och återföring på varje nivå i organisationen är en viktig grund för delaktighet och framgång.

Vid patientsäkerhetsenheten har sedan början av 2012 innehållet i de utredningar som lett till beslut från Socialstyrelsen/IVO i klagomål och Lex Maria-ärenden systematiskt samlats i en databas ("Beslutsdatabasen"). Databasen ger möjligheter till systematisk sammanställning och analys av olika verksamhetstyper och vårdprocesser där oönskade händelser uppkommer. Databasen kan användas som underlag för riskanalyser och för att identifiera händelser som upprepas och som behöver särskilt fokus.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- På regionövergripande nivå utveckla, stödja och följa upp användningen av MCP
- På regionövergripande nivå sammanställa och analysera avvikelser, klagomål och Lex Maria-utredningar, samt sprida dessa via olika kanaler till hälso- och sjukvårdspersonalen och till beslutsfattare
- Samverka med IVO, Patientnämnden och andra aktörer på regional och nationell

nivå i frågor som rör hantering av avvikelser i VGR

- Delta i och bevaka arbete på nationell nivå som påverkar handläggningen av avvikelser och deras kunskapsinnehåll
- Ha fortlöpande kännedom om de Lex Maria-anmälningar som görs på den vård som finansieras av landstinget
- Ha fortlöpande kännedom om de klagomålsbeslut hos IVO på den vård som finansieras av landstinget

#### Förvaltningarna

- Använda MCP (eller annat anvisat system) för rapportering och hantering av oönskade händelser som medförde eller kunde medföra vårdskada oavsett hur de upptäckts (personalrapporter, klagomål, systematisk granskning av vården)
- Följa upp beslutade åtgärder i MCP (eller anvisat system för avvikelshantering) och deras effekter på patientsäkerhet genom systemen för egenkontroll
- Göra systematiska sammanställningar och analyser av avvikelser som rör patientsäkerhet samt återföra dem och använda dem som underlag för verksamhetsförbättring på alla nivåer inom organisationen
- Fortlöpande informera koncernkontoret om Lex Maria-anmälningar, gjorda interna utredningar (inklusive händelseanalys) och inkomna beslut från IVO

| Aktiviteter                                                                        | Ansvarig        | Tidplan |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Stående punkt om patientsäkerhet på ledningsgruppsmöten och stora sjukhusledningen | Sjukhusdirektör | 2017    |

## 3 Insatsområden

### 3.1 Vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vården

#### VGR:s riktlinjer

##### Inriktning

Vårdrelaterade infektioner (VRI) förekommer hos knappt 10 procent av alla patienter som vårdas inom somatisk slutenvård. Prevalensmätningar användes 2008-2015 för att studera förekomsten. Under denna period har prevalensen på regional nivå legat i stort sett stationär. Sedan införandet av Infektionsverktyget 2014 studeras förekomsten med kontinuerlig incidensmätning, vilket ger sannare värden än punktprevalensmätning. Incidenstalen ligger något lägre än prevalenstalen, en förväntad följd av att patienter med vårdrelaterade infektioner har längre genomsnittlig vårdtid.

Två års mätningar visar att incidensen ligger stationär. På regional nivå var incidensen vårdrelaterade infektioner i somatisk vård under 2015 5,9 procent med en spridning mellan regionens akutsjukhus mellan 4,5 procent och 6,9 procent. Två valideringar av angiven ordinationsorsak, det vill säga om en infektion är samhällsförvärdad eller vårdrelaterad, har genomförts. De visar att 4 av 10 vårdrelaterade infektioner felaktigt klassificeras som samhällsförvärdade. Verkligen incidens i nuläget kan därför skattas till 8-9 procent.

För att åstadkomma förändring av nuvarande stationära läge och kunna dra full nytta av Infektionsverktyget som stöd i verksamheternas strävan att minska antalet vårdrelaterade infektioner krävs fortsatt utbildning; i användning av Infektionsverktyget och i vad som är en vårdrelaterad respektive samhällsförvärvad infektion.

Ett systematiskt och intensifierat arbete behövs på lokal nivå av verksamheterna med stöd av vårdhygienisk kompetens. Ledning på alla nivåer måste erbjuda stöd och efterfråga resultat. Även inom specialiserad öppenvård och primärvård ska, trots avsaknad av ett jämförbart registreringsstöd, ett systematiskt arbete för att minska vårdrelaterade infektioner bedrivas.

Vårdrelaterad smittspridning, både av resistenta bakterier med eller utan sjukdomsutbrott och av andra smittsamma sjukdomar (till exempel vinterkräksjuka, *Clostridium difficile*, influensa, tuberkulos, mässling, vattkoppor, kikhosta, hepatit A), är en vanlig vårdskada och drar dessutom med sig stora kostnader för smittspårningsarbete, vårdplatsstängning, förlängda vårdtider och i vissa fall profylaktiska åtgärder riktat till personal och patienter.

Frekventa omflyttningar, brist på enkelrum och överbeläggningar, både i form av så kallade korridorplatser och inte minst i relation till bemanning, är strukturella faktorer som ökar risken för vårdrelaterad smittspridning.

För att minska förekomsten av vårdrelaterad smittspridning krävs ett intensifierat arbete på verksamhets- och ledningsnivå med fokus på rutiner som förhindrar smittspridning. Tidig upptäckt av utbrott genom övervakning, och rapportering av utbrott och genomfört smittspårningsarbete från de vårdhygieniska enheterna förstärker detta.

## **Ansvarsfördelning**

### Koncernstaben

- Funktioner hos Infektionsverktyget säkras både avseende datafångst och datakvalitet, det senare genom stöd till förvaltningarna i utbildning av alla som ordinerar antibiotika i Melior.
- Samlade regionala och jämförbara sjukhusövergripande resultat följs fortlöpande upp, analyseras och kommuniceras
- Samordning av arbetet med att minska vårdrelaterade infektioner sker i samarbete med de vårdhygieniska enheterna

### Förvaltningarna

- Förbättringsarbetet bedrivs på verksamhetsnivå med stöd från respektive förvaltningsledning och regionens fyra vårdhygieniska enheter och i särskilda fall av utbrott med stöd av den lokala epidemiberedskapsplanen och Smittskydd Västra Götaland
- Mätning av följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler ska ske inom ramen för verksamheternas egenkontroll
- På sjukhusen ska resultat från Infektionsverktyget användas i förbättringsarbete. Kvaliteten i registreringarna ska förbättras genom utbildning av alla som ordinerar antibiotika i Melior i vad som är en vårdrelaterad respektive samhällsförvärvad infektion och förbättringen ska utvärderas
- Städning av vårdlokaler ska ske enligt regionala riktlinjer som successivt införs efter beslut av regionstyrelsen
- Varje sjukhusförvaltning ska, med stöd av vårdhygienenheter, göra en årlig sammanställning av antalet och omfattningen av utbrott med smittspridning av



resistenta bakterier (MRSA, VRE, tarmbakterier med ESBL), liksom av antalet indexfall som medfört smittspårningsarbete utan att sekundärfall påvisats

- Varje sjukhusförvaltning ska, med stöd av vårdhygienenheter, göra en årlig sammanställning av antalet och omfattningen av utbrott av vinterkräksjuka, Clostridium difficile, influensa och andra smittsamma agens som medfört resurskrävande åtgärder för vårdgivaren

### Indikatorer för uppföljning

- Andel korrekt identifierade infektioner (vårdrelaterad eller samhällsförvärd) vid registrering i Infektionsverktyget (procent)

### Mål

- Incidensen av vårdrelaterade infektioner i somatisk slutenvård ska understiga 6 procent för regionen som helhet

## NU-sjukvårdens riktlinjer

Inom NU-sjukvården fortsätter det systematiska arbetet med att utveckla patientsäkerhetsrutiner, med stöd av SKLs åtgärds paket.

Resultat från Infektionsverktyget, markörbaserad journalgranskning och PPM VRI ska användas av de enskilda klinikerna i förbättringsarbete.

Fortsatt övervakning av smittsamma sjukdomar inkluderande överföring av multiresistenta bakterier (MRB) med hjälp av vårdhygien. Särskild observans på riskavdelningar som intensivvårdsavdelning (IVA), dialysenhet och neonatalavdelning.

Systematisk mätning av följsamhet till föreskriften [Basal hygien i vård och omsorg](#) (SOSFS 2015:10) och övriga basala hygienrutiner som punktdesinfektion och patientnära städning.

Regionens nya städregler ska implementeras under år 2017.

| Aktiviteter                                                                                  | Ansvarig              | Tidplan                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Sammanställa antal och omfattning av utbrott av smittsam sjukdom som föranlett smittspårning | Överläkare vårdhygien | Fortlöpande under året |

| Mätetal                                                                                        | Frekvens          | Nuläge                                   | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|---------------|---------------|
| Vårdrelaterade infektioner inom den somatiska slutenvården (Infektionsverktyget) (ur VP 2017)  | Månad<br>År<br>År | 4,64 % (IV)<br>5,6% (MJG)<br>10,3% (PPM) | <6%           | <6%           |
| Andel registreringar i IV där registrering och validering överensstämmer.                      | År                | 55 %                                     | 80 % 2017     | 95 %          |
| Andel rätt dokumenterad smittriskbedömning gastroenterit vid inläggning, mätt genom stickprov. | Kvartal           | Varierande men låg                       | 95%           | 95%           |

## 3.2 Antibiotikaresistens

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Antibiotika används inom alla verksamheter och är en fundamental byggsten i dagens högteknologiska vård. Den tilltagande antibiotikaresistensen påverkar alla invånare. För att möta detta hot krävs långsiktiga åtgärder inom all vård och som innefattar alla personalkategorier. Dessa åtgärder beskrivs i ”Stramas 10-punkts program” (se underlag alternativt <http://www.infektion.net/strategidokument>) och stämmer överens med det uppdrag som gavs till Stramagrupperna i den nationella patientsäkerhetssatsningen, 2011-2014. Det är också basen för det arbete som bedrivs i Programråd Strama inom ramen för nationell samverkan för kunskapsstyrning (NSK) vid SKL.

Trots ett framgångsrikt arbete i Västra Götaland, främst inom primärvården, som har resulterat i en påtaglig minskning av receptförskrivningen de senaste åren, är den sammanlagda förskrivningen fortsatt hög och stora skillnader kvarstår i regionen. Stor personalomsättning med bristande kontinuitet inom primärvården kräver ständigt återkommande insatser. För att optimalt kunna värdera följsamhet till behandlingsriktlinjer krävs diagnoskopplade förskrivardata. Verktyg för att ta fram sådana data inom primärvården i Västra Götaland saknas och efterfrågas.

Inom sjukhusvården, såväl den slutna som den öppna delen, behöver Strama-arbetet intensifieras. Antibiotikaanvändningen är hög och användningen av bredspektrumantibiotika ökar.

Det driver resistensutvecklingen och andelen resistenta bakterier ökar snabbare inom sjukhusvård än inom primärvård. Exempelvis ses en påtagligt högre andel multiresistenta tarmbakterier med så kallat ESBL inom sjukhusvården. Stora skillnader finns i förskrivning mellan förvaltningar och vårdenheter utan påvisade medicinska orsaker. Införandet av ett IT-baserat uppföljningssystem (Infektionsverktyget) skapar goda förutsättningar för utvärdering.

För att intensifiera arbetet inom sjukhusvården krävs fortsatta utbildningsinsatser om aktuella behandlingsriktlinjer och vårdrelaterade infektioner samt stöd till verksamheterna från Sjukhusstrama i samarbete med infektionskliniker och vårdhygienenheter.

Sjukhusstramagrupperna i samverkan med respektive infektionsklinik bör initiera så kallade "Antimicrobial stewardship-program" på enheter med hög förbrukning. Denna typ av program införs nu på flera håll i Sverige och har dokumenterat god effekt. Det innefattar bland annat så kallade "antibiotikaronder" med regelbunden genomgång och feedback på all insatt antibiotikabehandling på en enhet. En ständig ökning av patienter med svårbehandlade infektioner inom flera verksamheter kommer dessutom att öka behovet av infektionskonsulter i behandlingen av den enskilda patienten.

### **Ansvarsfördelning**

#### **Koncernkontoret/Regionala Strama**

- Leda, samordna och bistå det strama-arbete som bedrivs i regionen inklusive inom specialiserad öppen vård, tandvård och kommunal äldreomsorg
- Samverka på det nationella planet inom ramen för NKS och Programråd Strama, med Folkhälsomyndigheten samt andra landsting/regioners regionala stramagrupper.
- Analysera och övervaka antibiotikaresistensläget i Västra Götaland i samarbete med de mikrobiologiska laboratorier som betjänar regionens vårdgivare
- Analysera och övervaka förskrivning och följsamhet till behandlingsriktlinjer, ställt i relation till det lokala resistensläget, på övergripande nivå i Västra Götaland. För sjukhusvården sker det sistnämnda huvudsakligen via Infektionsverket. Såväl under- som överförskrivning måste bevakas, det senare med särskilt fokus på resistensdrivande behandlingar
- Bedriva omvärldsbevakning och sprida nyheter av vikt inom Västra Götaland samt stå till tjänst med information och utbildning till beslutsfattare samt allmänheten

#### **Alla förvaltningar**

- Arbeta utifrån de punkter som beskrivs i "Stramas 10-punktsprogram" för att minska antibiotikaresistens (se underlag alternativt <http://www.infektion.net/strategidokument>)
- Öka följsamheten till behandlingsriktlinjerna genom att varje verksamhet har kunskap om resistensläget, den egna förskrivningen av antibiotika och följsamhet till aktuella behandlingsriktlinjer
- Säkra att varje antibiotikaordination, inom all vårdverksamhet, dokumenteras med en indikation

#### **Sjukhusvården (sluten och öppen vård)**

- Respektive förvaltning ansvarar för att Sjukhusstramagrupper ges ett långsiktigt uppdrag samt förutsättningar att genomföra uppdraget inom den egna förvaltningen.
- Sjukhusstrama ansvarar för strama-arbete inom sjukhusvården, med stöd från Regionala Strama
- Sjukhusstrama ska övervaka och analysera lokala resistens- och förskrivardata samt följsamhet till behandlingsriktlinjer på förvaltningsnivå med särskilt fokus på resistensdrivande behandlingsalternativ. I arbetet ingår att identifiera verksamheter med hög antibiotikaanvändning och i samarbete med respektive infektionsklinik bidra med riktade insatser till dessa. "Antimicrobial stewardship" program", med antibiotikaronder, bör ingå som del i dessa insatser
- Kontakt-/verktygsläkare (motsvarande) till Sjukhusstrama och infektionsverket

utes inom varje verksamhet och i samarbete med Sjukhusstrama ges uppdrag och förutsättningar att öka följsamheten till behandlingsriktlinjer inom den egna verksamheten

- Sjukhusstrama ansvarar för att föra ut kunskap om nya behandlingsriktlinjer och analysera samt öka följsamheten till dessa i samarbete med verksamheterna. Infektionsverket är ett viktigt instrument i detta arbete

#### Mikrobiologiska laboratorierna

- De mikrobiologiska laboratorier som anlitas av regionens vårdgivare ansvarar för att bistå med epidemiologiska resistensdata i relation till lokalt rekommenderad empirisk behandling av våra vanligaste infektioner samt för att upptäcka särskilt önskad resistensutveckling

#### Mål

- Att antibiotikaförskrivningen på recept minskar till en nivå motsvarande 250 recept/1000 invånare och år i regionen som helhet.
- Att användningen av antibiotika på rekvisition inom sjukhusvården minskar. Minskning av total antibiotikaanvändning (DDD/vårddygn och år) bör vara minst 10 procent under 2016-2017 jämfört med 2015
- Att antibiotikaronder införs på minst en verksamhet med hög antibiotikaförskrivning per sjukhusförvaltning.
- Att förskrivning av resistensdrivande och bredspektrum antibiotika minskar så att:
  - andel kinoloner av urinvägsantibiotika som förskrivs till kvinnor inom primärvården respektive öppen specialistvård underskrider 10 procent
  - färre än 10 procent av patienter inom sjukhusvård med afebril urinvägsinfektion initialt behandlas med kinoloner
  - antalet patienter som antibiotikabehandlas för afebril UVI inom sjukhusvården minskar genom att behandling av asymtomatisk bakteriuri minskar
  - minst 55 % av patienter inom sjukhusvård med samhällsförvärd pneumoni initialt behandlas med penicillin V eller G
  - andelen av penicillin/penicillin+ cefalosporin+piperacillin-tazobactam (parenterala beredningar) ökar inom slutenvården och uppnår målet 70 procent (parenterala beredningar mätt med DDD) i regionen som helhet och inom samtliga sjukhusförvaltningar undantaget den högspecialiserade vården

## NU-sjukvårdens riktlinjer

[Stramas "10-punkts program"](#) utgör grunden för arbetet mot antibiotikaresistens. Detta har utarbetats av **nationell expertis** och införlivats som mål inom VGR och även inom NU-sjukvården. NU-sjukvårdens framgångsrika arbete mot behandling av ABU 2016, fortsätter 2017. Under 2017 fokuseras på en ökad användning av smalare preparat (penicillinpreparat) vid pneumoni och oklara infektioner.

Totalanvändningen av antibiotika (DDD/vårddygn) är inom NU-sjukvården idag lägre än på jämförbara sjukhus i regionen, men en ytterligare minskning är möjlig och önskvärd. All ordination av antibiotika ska göra och signeras i digital journal, i första hand Melior. Införandet av antibiotikaronder kan bidra till detta. Antibiotikaronder planeras på urologen, medicinsk äldrevårdsavdelning (MÄVA) och medicinsk akutvårdsavdelning (MAVA). Dessa utformas och utvärderas enligt ett särskilt protokoll.

Infektionsverket ska användas och ansvarig läkare ska finnas.

| Aktiviteter                                                                                        | Ansvarig                           | Tidplan |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|
| Fortsatt information om infektionsverktyget (IV) och dokumentation av VRI, IV och diagnos i Melior | Stramaansvarig                     | 2017    |
| Förslag på införande av antibiotikaronder tas fram                                                 | Verksamhetschef infektionskliniken | Vt 2017 |

| Mätetal                                                     | Frekvens    | Nuläge | 2017 | Målvärde 2018 |
|-------------------------------------------------------------|-------------|--------|------|---------------|
| Vårdtillfällen/1000 inv. >= 65 år/ med UVI som huvuddiagnos | År          | 10,5%  | <10% | <10%          |
| Andel kinolon-preparat vid afebril UVI                      | Fortlöpande | 14%    | <10% | <10%          |
| Samhällsförvärvad pneumoni. Pcv eller PcG som initial beh.  | Fortlöpande | 51 %   | 55%  | 55%           |

### 3.3 Trycksår

#### VGR:s riktlinjer

##### Inriktning

I den regionala sammanställningen av genomförda journalgranskningar på sjukhusen enligt metoden MJG bedöms alla trycksår vara undvikbara. Andelen trycksår är 4 procent av alla somatiska vårdskador men konsekvenserna, med såväl långvarigt lidande för patienten som höga kostnader i vården, gör dem angelägna att minska.

Det är viktigt att det finns rutiner för att snabbt identifiera patienter som är i riskzonen för att utveckla trycksår. Det är dessutom viktigt att använda omvårdnadsåtgärder och att de förebyggande åtgärderna fortsätter i hela vårdkedjan så länge risker finns kvar.

##### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer genomförande och analys av punktprevalensmätning trycksår
- Leder regionala nätverk för trycksår
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna
- Undersöka möjligheten att använda det webbaserade systemet ”Kvartalen” som redovisar kvalitet i sjukhusvården och möjliggör jämförelser mellan sjukhus

### Sjukhusförvaltningarna

- Deltar i regionalt nätverk
- Arbetar med förebyggande åtgärder enligt SKL:s åtgärds paket för att förebygga trycksår
- Utbildningar av medarbetare
- Punktprevalensmätning trycksår genomförs årligen
- Rapportera trycksår i MCP

### Mål

- Förekomst av trycksår kategori 2-4 i somatisk slutenvård ska understiga 5 procent för regionen som helhet (mätt genom punktprevalensmätning)

## NU-sjukvårdens riktlinjer

Inga nya trycksår ska uppstå under vårdtiden på sjukhuset och befintliga trycksår ska inte försämrats.

| Aktiviteter                                          | Ansvarig           | Tidplan |
|------------------------------------------------------|--------------------|---------|
| Implementera reviderad standardvårdplan för trycksår | Utvecklingsenheten | Vt 2017 |
| Förslag på ett sårvårdsteam tas fram                 | Chefläkare         | 2017    |

| Mätetal                                                                                          | Frekvens    | Nuläge       | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|---------------|---------------|
| Andel patienter (18 år och äldre) med trycksår (ur VP 2017)                                      | Halvår, PPM | 6 % grad 2-4 | <5% grad 2-4  | <4% grad 2-4  |
| Andel riskbedömningar på patienter över 18 år inneliggande somatiska vårdavdelningar samt avd 67 | Månad       | 78%          | 95%           | 100%          |
| Andel riskpatienter med tryckavlastande åtgärder (exkl. madrass)                                 | Halvår      | 68 % (PPM)   | 100 %         | 100 %         |

## 3.4 Strålsäkerhet

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Strålsäkerhet för patienter innebär att minimera risken för att vävnads- eller organskador uppkommer efter överexponering vid undersökningar eller behandlingar. Tillräckliga säkerhetsbarriärer i verksamhetsprocessen behöver finnas och tillämpas före och under undersökningar och behandlingar. Förutom direkta skador ska också cancerrisken hanteras, där enskilda patienter eller hela patientgrupper kan utsättas för onödigt höga risker. Denna risk hanteras genom att begränsa överanvändning av strålning. Allmänt gäller att all medicinsk bestrålning ska vara berättigad för den enskilde patienten. Med detta menas att nyttan med den diagnostiska informationen ska vara större än de strålningsrisker som bestrålningen förväntas medföra. Dessutom ska undersökningsmetoden vara optimerad vilket innebär att alla stråldoser till patienter och personal ska hållas så låga som det rimligen är möjligt utifrån givna ekonomiska och samhälleliga förutsättningar utan att äventyra den diagnostiska informationen eller behandlingsresultatet.

En strålsäker verksamhet karakteriseras av att rätt exponering ges vid rätt tidpunkt och att omotiverad eller oavsiktlig exponering av patienter förhindras. Alla patienter oberoende av vårdgivare ska ha samma säkerhet.

Ett ledningssystem för strålsäkerhet har införts under 2016. Det övergripande målet med ledningssystemet är att strålningsriskerna som finns i verksamheten är identifierade och hanteras på ett adekvat sätt. Av ledningssystemet framgår också ansvarsfördelning.

Av regiondirektören fastställda koncerngemensamma strålsäkerhetsmål omfattar områden där förbättringsbehov har identifierats och som är särskilt viktiga ur strålsäkerhetssynpunkt. Dessa beslutas för en längre period för att möjliggöra långsiktighet i arbetet.

Samverkan inom strålsäkerhet ska ske genom strålsäkerhetsrådet som ska ledas av en av regiondirektören utsedd strålsäkerhetsexpert. Detta arbete är under uppstart 2016-17.

#### Mål och Ansvarsfördelning

Strålsäkerhetsmål för 2016-2017 framgår av rutin för strålsäkerhetsmål 2016-2017 (RS 150-2015). Där berör följande mål patientsäkerhet: Vidareutveckling av ledningssystem för verksamhet med strålning, chefer och medarbetare ska ha tillräcklig kompetens, utrustningar och strålkällor som används i vården ska vara kontrollerade enligt plan, systematisk och regelbunden uppföljning av exponering av patienter vid diagnostik och röntgenvägledd behandling ska göras, strålningsrelaterade avvikelser ska systematiskt tas omhand och utredas, samt förberedelser för akutmottagningar och därefter specialistmottagningar att ta omhand personer vid strålningsrelaterad händelser i samhället.

Ansvarsfördelning framgår av Riktlinje gällande organisation, ansvar och samverkan för strålsäkerhet (RS 151-2013)

Intern kontroll av strålsäkerheten sker genom en koncerngemensam uppföljning av strålsäkerhet. (Rutin Diarienummer RS 151-2013.)

Förvaltningarna sammanställer en strålsäkerhetsrapport som lämnas till koncernkontoret senast 1 mars varje år och en koncerngemensam Strålsäkerhetsrapport sammanställs och fastställs av regiondirektören och tillställs regionstyrelsen senast 1 april varje år.

## NU-sjukvårdens riktlinjer

Inom röntgendiagnostik ger interventionella procedurer och datortomografiundersökningar de högsta stråldoserna. Vid dessa procedurer finns risk för akuta strålskador såsom håravfall, temporär sterilitet, hudrodnader och i värsta fall svårläkta sår. Om patienten är gravid finns risk för fosterskador. Barn och ungdomar är mer strålkänsliga än vuxna. Val av alternativa metoder utan joniserande strålning är extra viktig vid undersökning av barn.

Antalet datortomografiundersökningar har ökat stort under senaste åren och utgör ca 15 procent av samtliga röntgenundersökningar. Stråldosen från dessa undersökningar är ca 70 procent av den totala stråldosen från alla undersökningar där joniserande strålning används. Var femte datortomografiundersökning är inte berättigad enligt en undersökning som Strålsäkerhetsmyndigheten har gjort.

Under året kommer en ökad återkoppling ske till verksamheterna kring icke berättigade radiologiska undersökningar.

| Aktiviteter                                                     | Ansvarig                                                          | Tidplan |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------|
| Utbildning av verksamhetschefer                                 | Strålsäkerhetsexpert                                              | 2017    |
| Utbildning av remittenter                                       | Strålsäkerhetsexpert                                              | 2017    |
| Följa upp långa genomlysningstider som kan leda till hudskador. | Verksamhetschef på Bild och funktionsmedicin                      | 2017    |
| Följa upp praktisk strålskydd (graviditet)                      | Första linjen chef på radiologiska kliniken och klinisk fysiologi | 2017    |

| Mätetal                                                                            | Frekvens                                           | Nuläge | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|---------------|---------------|
| Andel icke berättigade CT-undersökningar, mätt genom remissgranskning.             | Under en dag per månad utom under semesterperioden | 33%    | 10 %          | 5 %           |
| Andel patienter med huddos > 4 Gy som följs upp med återbesök                      | En gång per kvartal                                | inga   | alla          | alla          |
| Kontroll av graviditet inför radiologisk undersökning (röntgen och nuklearmedicin) | Varje månad                                        | 60 %   | 80 %          | 100 %         |



|                                                                |                                          |         |      |       |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|------|-------|
| Andel berörd personal med föreskriven strålsäkerhetsutbildning | En gång per år (årsberättelse, februari) | 60-70 % | 90 % | 100 % |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------|------|-------|

## 3.5 Överbeläggningar

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Överbeläggningar och utlokaliseringar medför ökad risk för vårdskador vilket stöds av regionala data och av nationella mätningar. Antalet överbeläggningar per 100 disponibla vårdplatser vid regionens sjukhus har under 2013-2015 varierat mellan 2,7 och 3,4. Regionen ligger över riksgenomsnittet. Medelbeläggningen vid avdelningarna har på regionnivå legat kring 92-93 procent, men med en stor variation mellan sjukhusen (2015 mellan 88-104 procent).

Fortsatt arbete innebär att anpassa antalet vårdplatser efter behov avseende både akut och planerad vård. Detta innebär bland annat att se över fördelningen av vårdplatser mellan olika verksamhetsområden och behovet under olika veckodagar och årstider. Bristen på hälso- och sjukvårdspersonal, främst sjuksköterskor, innebär att insatser behöver göras när det gäller översyn av arbetsuppgifterna för olika personalgrupper och deras fördelning vid vårdenheter.

Ett fortsatt arbete med att anpassa medelvårdtider är också nödvändigt. Detta kan bland annat innebära att effektivisera sjukhusens interna processer men också att förkorta tiden för vårdplanering inför överföring till kommunal hälso- och sjukvård. Ett utvidgat samarbete mellan sjukhus, primärvård och kommuner är viktigt för att förebygga akuta behov av slutenvårdsinsatser.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- I sin produktions- och kapacitetsplanering ta hänsyn till behovet av vårdplatser
- Utveckla system som stödjer förvaltningarnas samverkan kring användningen av vårdplatser
- Vårda system för uppföljning av beläggningsgrad, överbeläggningar, utlokaliseringar samt ledtider i vårdplaneringsprocessen

##### Förvaltningarna

- Planera för så många disponibla vårdplatser att en medelbeläggning som medför hög kvalitet och patientsäkerhet kan upprätthållas
- Öka inslaget av samverkan mellan förvaltningarna kring användning av vårdplatser
- Rapportera överbeläggningar, utlokaliseringar och disponibla vårdplatser till SKL:s nationella databas

#### Indikatorer för uppföljning

- Genomsnittlig beläggningsgrad på disponibla vårdplatser
- Antal beläggningar över 100 procent av disponibla vårdplatser
- Antal utlokaliseringar

## NU-sjukvårdens riktlinjer

NU-sjukvården utmärker sig regionalt och nationellt med stor andel överbeläggningar (6/100 vårdtillfällen, jämfört med 3/100 vårdtillfällen). Överbeläggningar och utlokaliseringar medför inte bara risk för vårdskador utan påverkar även arbetsmiljön.

Daglig sjukhusgemensam vårdplatskoordinering underlättar att patient vårdas på rätt avdelning och rätt vårdnivå.

Sjukhusets interna processer kan effektiviseras så att medelvårdtider minskas. En utökad och tätare planering mellan sjukhus, primärvård och kommuner är nödvändig för att minska antalet utskrivningsklara patienter, och att förebygga slutenvårdsinsatser.

Att planera för tillräckligt antal disponibla vårdplatser i förhållande till aktuellt uppdrag är sjukhusets yttersta ansvar.

| Aktiviteter                                     | Ansvarig               | Tidplan      |
|-------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| Implementera vårdplatstrappan                   | Områdeschef område III | Januari 2017 |
| Implementera ny rutin för vårdplatskoordinering | Områdeschef område III | Vt 2017      |

| Mätetal          | Frekvens | Nuläge                  | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|------------------|----------|-------------------------|---------------|---------------|
| Utlokaliseringar | Månad    | 1,7/100 vtf*            | 0             | 0             |
| Beläggingsgrad   | Månad    | Soma: 100%<br>Psyk: 90% | 90%           | 90%           |
| Överbeläggningar | Månad    | 6/100 vtf               | 0             | 0             |

\*december 2015-november 2016

## 3.6 Fallskador

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

I den nationella sammanställningen ”Markörbaserad journalgranskning, Skador i vården – utveckling 2013-2015” visar att andelen fallskador är ca 5,5 procent i den slutna, somatiska vuxensjukvården. Ungefär hälften av fallskadorna anses undvikbara och andelen har varit oförändrad under åren.

Metoden MJG uppmärksammar enbart när patienten fått en fysisk skada i samband med fall, varför antalet fallhändelser som inträffar på sjukhus troligen är större än vad som framkommer i den nationella sammanställningen. Erfarenhetsmässigt rör det sig ofta om allvarliga skador som frakturer och blödningar. Arbetet med att förebygga fallskador sparar

patienten onödigt lidande. Vårdtiden ökar i genomsnitt från 6 dagar till 14 dagar vid en vårdskada enligt ovan nämnda rapport, varför även onödiga kostnader kan minskas.

Koncernstaben har under 2016 utarbetat ett kunskapsunderlag för fallpreventivt arbete i VGR med utgångspunkt från SKL:s kunskapsunderlag. Implementeringen av detta arbete sker stegvis under 2017.

### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stödjer genomförande av fallpreventivt arbete utifrån kunskapsunderlaget
- Leder regionala nätverk för fallskador tillsammans med trycksår
- Initierar och stödjer erfarenhetsutbyte mellan förvaltningarna

Förvaltningarna

- Implementera fallpreventivt arbete utifrån kunskapsunderlaget
- Deltar i regionalt nätverk
- Utbildar medarbetarna
- Rapporterar fall i avvikelserapporteringssystemet

### Mål

- Halvera vårdskador orsakade av fall till 2018 och långsiktigt minska fallvårdskadorna med 95 procent. Mäts mot utgångsläge 2015.

| Aktiviteter                            | Ansvarig                                           | Tidplan |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
| Information om fallförebyggande arbete | Utvecklingsenheten, utvecklingsledare resp. område | 2017    |

| Mätetal                                                       | Frekvens | Nuläge         | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|---------------------------------------------------------------|----------|----------------|---------------|---------------|
| Antal vårdskador orsakade av fall (MCP)                       | Månad    | MCP 248        | Halvering     | Halvering     |
| Andel fallriskvärderingar på patienter >18 år inom slutenvård | Månad    | 72%            | 95%           | 100%          |
| Andel riskpatienter som erhåller fallpreventiva åtgärder      | Månad    | Rapport saknas | 75%           | >75%          |

## 3.7 Undernäring

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Undernäring medför ökade risker för uppkomst av några av de vanligaste skadorna i vården, bland annat vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador. Undernäring är oftast orsakad av en bakomliggande sjukdom. Brister i vård och behandling kan bidra till att patienten inte får sitt behov av näring tillgodosett och därigenom bidra till att undernäringen i sig uppkommer, förvärras eller att den kvarstår onödigt länge. Undernäring kan därigenom i sig själv utgöra en vårdskada. Det finns idag ingen kunskap om hur vanlig denna vårdskada är, även om det finns belägg för att den förekommer i betydande omfattning.

Enligt SOSFS 2014:10 om förebyggande av och behandling av undernäring ska vårdgivaren fastställa rutiner för när en patients näringstillstånd ska utredas, hur en utredning ska göras, samt hur undernäring ska förebyggas och behandlas.

Trots att undernäring länge har varit ett välkänt problem har inte tillräckliga resultat uppnåtts för att uppfylla de krav som framkommer av Socialstyrelsens föreskrifter. För att minska risken för uppkomst av de vanligaste vårdskadorna, inklusive undernäring, bör ett arbete bedrivas som inriktar sig på öka tillämpningen av rutiner för att förhindra och behandla undernäring.

#### Ansvarsfördelning

##### Koncernstaben

- Under 2017 upprätta regionala medicinska riktlinjer som säkerställer att kraven enligt SOSFS 2014:10 uppfylls (så långt det är möjligt ska hänvisning göras till de rutiner som finns i Vårdhandboken)
- Under 2017 i journalsystemen för slutenvård inrätta de sökord som behövs för att säkerställa och följa upp dokumentation av riskbedömningar och upprättande av individuella nutritionsplaner samt för behandling och uppföljning i enlighet med de upprättade nutritionsplanerna

##### Förvaltningarna

- Under 2017 upprätta och införa rutiner för bedömning av risk för undernäring, upprättande av individuella nutritionsplaner och uppföljning av nutritionsbehandlingen (så långt det är möjligt ska de rutiner som finns i Vårdhandboken tillämpas och bygga på de regionala medicinska riktlinjerna)
- Säkerställa att sådana händelser där undernäring uppkommit eller förvärrats under sjukhusvård och som inte uppenbart har orsakats direkt av patientens grundsjukdom rapporteras och handläggs i avvikelshanteringssystemet MCP

| Aktiviteter                              | Ansvarig           | Tidplan |
|------------------------------------------|--------------------|---------|
| Implementera nya rutiner för undernäring | Utvecklingsenheten | 2017    |

| Mätetal                                      | Frekvens | Nuläge         | Målvärde<br>2017 | Målvärde<br>2018 |
|----------------------------------------------|----------|----------------|------------------|------------------|
| Andel gjorda riskbedömningar för undernäring | Månad    | Rapport saknas | 50%              | 95%              |

## 3.8 Läkemedelsrelaterade skador

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Undvikbara läkemedelsrelaterade skador drabbar cirka 1 500 patienter årligen inom den somatiska slutenvården av vuxna i VGR. Läkemedelsfel kan inträffa vid en rad steg i processen från beslut att behandla med ett läkemedel fram till att det tillförs patienten.

För att förebygga skador krävs regionalt insatser framför allt inom läkemedelsorganisationen, patientsäkerhetsorganisationen och IS/IT organisationen. Insatserna kan omfatta säkra läkemedelsrekommendationer, säker läkemedelsshantering, säkert IT-stöd (beslutstöd och stöd vid förskrivning, ordination, iordningställande och tillförsel) och säker informationsöverföring. Betydelsen av patientdelaktighet i dessa sammanhang kan inte överskattas.

Under åren har insatserna inom detta område fokuserats på patientdelaktighet och informationsöverföring, riktlinjer och rutiner har skapats för att säkerställa att alla patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller en skriftlig läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista.

Arbetet med att öka följsamheten till riktlinjer om läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse fortsätter 2017.

För inlaggande patienter på sjukhus finns det bland annat risk för fel i ordination, iordningställande av fel läkemedel eller styrka och administrering till fel patient.

Sjukhusapoteket VGR har påbörjat ett projekt för breddinförande av slutenvårdados i VGR. Perorala läkemedel kommer att packas i påsar, ett läkemedel per påse och intagningstillfälle. Påsarna märks med patient-ID, läkemedel och styrka, klockslag et cetera. Farmaceut utför farmaceutisk validering av ordination före packning av läkemedel i påsar.

#### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Stöd till läkemedelskommitté i arbetet med regionala medicinska riktlinjer
- Stöd till arbetet med säkrare IT-stöd i läkemedelsprocessen
- Fortsatt uppföljning av att patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse
- Stödja implementering av ePed som stöd vid ordination och iordningställande av läkemedel till barn inom slutenvård
- Sammanställning och analys av Lex Maria-ärenden och händelseanalyser avseende läkemedelsavvikelser i VGR:s regionala databas och i Nitha Kunskapsbanken, i

syfte att identifiera bakomliggande orsaker och förebyggande åtgärder som ett led i att utveckla strategin att minska läkemedelsrelaterade vårdskador

#### Förvaltningarna

- Följa upp och säkra att patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade fem eller fler läkemedel erbjuds läkemedelsavstämning
- Följa upp och säkra att samtliga patienter som skrivs ut från sjukhus erhåller skriftlig läkemedelsberättelse och läkemedelslista vid utskrivningen
- Medverka i projekt slutenvårdsdos
- Medverka i utvecklingen av farmaceutiska tjänster i vården
- Följa upp kvalitetsrevision av läkemedelshantering
- Implementering av ePed som stöd vid ordination och iordningställande av läkemedel till barn inom slutenvård

#### Indikatorer för uppföljning

- Andelen patienter som erhåller läkemedelsberättelse och läkemedelslista
- Antal vårdplatser som försörjs via slutenvårdsdos och för hur stor andel (procent) av alla perorala läkemedel
- Antal farmaceutiska tjänster i vården

#### Mål

- Specialistvården: Olämpliga läkemedel till personer, 75 år och äldre, ska minska mot föregående år

### NU-sjukvårdens riktlinjer

NU-sjukvården ska följa [regionala medicinska riktlinjen](#) för utskrivningsinformation gällande läkemedel.

Införande av slutenvårdsdos påbörjas under 2017. Målet är både säkrare läkemedelshantering och frigjord tid för sjukvårdspersonal. Revision av läkemedelshantering görs kontinuerligt.

| Aktiviteter                                                                       | Ansvarig             | Tidplan |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------|
| Fortsatt implementering av NU-gemensam mall för skriftlig utskrivningsinformation | Utvecklingschef      | 2017    |
| Revision av läkemedelshantering                                                   | Chef läkemedelsenhet | 2017    |
| Införande av slutenvårdsdos i enlighet med regional plan                          | Chef läkemedelsenhet | 2017    |

| Mätetal                                                                                                  | Frekvens | Nuläge | Målvärde 2017 | Målvärde 2018 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|---------------|---------------|
| Andel utskrivningar där patient fått skriftlig information enligt rutin (ur VP 2017)                     | Månad    | 58%    | 80%           | 100%          |
| Antal uppföljningar av verksamheternas åtgärdsplaner, efter utförd kvalitetsrevision (läkemedelsenheten) | Kvartal  | 0      | 6             | 8             |
| Antal vårdenheter som försörjs med slutenvårdsdos                                                        | Kvartal  | 0      | 30            | 32            |

## 3.9 Patientsäkerhetsforskning

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

VGR ska även under 2017 stödja forskning inom patientsäkerhetsområdet som bedrivs inom regionen.

#### Ansvarsfördelning

Koncernstab

- Informera förvaltningarna om medel som finns tillgängliga för patientsäkerhetsforskning och om aktuella ansökningsperioder
- Årligen sammanställa och till förvaltningarna återföra information om den patientsäkerhetsforskning som bedrivits på basen av de särskilda medlen
- Stödja och medverka till forskningsresultaten sprids

Förvaltningarna

- Säkerställa att informationen om tillgängliga medel och ansökningsperioder sprids
- Säkerställa att de projekt som erhållit medel kan genomföras inom angivna tidsramar
- Säkerställa att de resultat som framkommer av forskningen sprids inom förvaltningen och till koncernstaben

### NU-sjukvårdens riktlinjer

Nedan beskrivs projekt inom ämnet patientsäkerhet som håller vetenskaplig kvalitet med målsättning att rapportera resultatet på nationella/internationella möten och publicera dem i pubmed indexerad litteratur.

Målsättningen är att resultat från studierna som innebär förbättringar för patienter eller för organisationen ska implementeras så fort som möjligt efter analys och offentliggörande.

| <b>Aktiviteter/Forskningsprojekt</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>Ansvarig</b>                                                     | <b>Tidplan</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| Medför vård av sköra äldre patienter på en MÅVA mer patientsäker läkemedelsbehandling än på en vanlig vårdavdelning?                                                                                                                                            | Ekerstad, Niklas                                                    | 2013-2018      |
| En kompetensbaserad fortbildning för pediatrika bakjourer i Västra Götalandsregionen - effekter på patientsäkerhet                                                                                                                                              | Wekell, Per                                                         | 2014 - pågår   |
| Jämförelse av precision och noggrannhet vid skattande av blodsockernivåer med olika CGM-system för kontinuerlig blodsockermätning hos vuxna patienter med typ 1 diabetes med sviktande njurfunktion. Mätning av upplevelsen att använda systemen i dagligt liv. | Lind, Marcus/<br>Andelin,<br>Mervi /<br>Olafsdóttir<br>Arndís Finna | 2014 - pågår   |

## 3.10 Patientsäkerhetsutbildning

### VGR:s riktlinjer

#### Inriktning

Öka kunskapen och medvetenheten kring patientsäkerhetsfrågor för att uppnå hög säkerhet i hälso- och sjukvården samt att orientera sig om teorier och metoder för detta.

#### Ansvarsfördelning

Koncernstaben

- Anordna utbildningar i patientsäkerhet för befattningshavare på hög strategisk nivå i förvaltningarnas patientsäkerhetsarbete, samt utbilda utbildare

Förvaltningarna

- Säkerställa att förvaltningens linjechefer har den kompetens som de behöver avseende patientsäkerhet
- Säkerställa att personalen ges möjlighet att genomgå de E-utbildningar i patientsäkerhet som hålls tillgängliga

| <b>Aktiviteter</b>                           | <b>Ansvarig</b>    | <b>Tidplan</b> |
|----------------------------------------------|--------------------|----------------|
| Delta i regionens patientsäkerhetsutbildning | Utvecklingsenheten | 2017           |



# Ärende 9

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2016-12-19

Diarienummer NU 2017-00088

**Västra Götalandsregionen**

**NU-sjukvården/utvecklingsenheten**

Handläggare: Henrik Olsson

Telefon: 010-435 46 20

E-post: [henrik.p.olsson@vgregion.se](mailto:henrik.p.olsson@vgregion.se)

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Åtgärder med anledning av revisionsrapporten ”Granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning”**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården antar rapporten ”Läkares schemaläggning” att utgöra svar till regionstyrelsen.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

### **Sammanfattning av ärendet**

Bifogad rapport är en uppföljning av den handlingsplan som NU-sjukvården fastställde februari 2016, med anledning av revisionsrapporten ”Verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning”. Inventering visar att lagar och riktlinjer till stor del följs. Det finns undantag som ibland kan motiveras till exempel av verksamhetens behov. Det framkommer i inventeringen att förvaltningsgemensam riktlinje för schemaläggning saknas och att intern kontroll delvisa saknas. Arbetsgruppen har tagit fram ett förslag till förvaltningsgemensam rutin ”Läkares schemaläggning” och rutinen bereds vidare i sjukhusledningen.

### **Beredning**

Ärendet har beretts i arbetsgrupp med representanter från såväl område I, II och III samt stöd av HR-enheten. Information i sjukhusledning och central samverkansgrupp.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Henrik Olsson  
Utvecklingschef och tf chefläkare

### **Bilaga**

- Rapport ”Läkares schemaläggning”, 2016-10-17.

### **Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Regionstyrelsen, [regionstyrelsen@vgregion.se](mailto:regionstyrelsen@vgregion.se)

**Rapport**

Datum 2016-10-17

Diarienummer NU 2017-00088

**Västra Götalandsregionen**

**NU-sjukvården/utvecklingsenheten**

Handläggare: Henrik Olsson

Telefon: 010-435 46 20

E-post: [henrik.p.olsson@vgregion.se](mailto:henrik.p.olsson@vgregion.se)

# Läkares schemaläggning

## Innehåll

|                                              |   |
|----------------------------------------------|---|
| Sammanfattning.....                          | 3 |
| Bakgrund .....                               | 3 |
| Faktainsamling NU-nivå.....                  | 3 |
| Metod.....                                   | 3 |
| Läkarutveckling 2013-2016.....               | 3 |
| Relation ordinarie arbetstid och jour .....  | 4 |
| Uttag av intjänad jourkompensation.....      | 5 |
| Produktion .....                             | 6 |
| Områdesvis inventering .....                 | 7 |
| Metod.....                                   | 7 |
| Allmänt intryck.....                         | 7 |
| Kompetensnivå .....                          | 7 |
| Tjänstgöringens längd .....                  | 7 |
| Dygns- och veckovila samt återhämtning ..... | 8 |
| Jourkompensationsledighet .....              | 8 |
| Förläggning av arbetstid .....               | 8 |
| Uppföljning på förvaltningsnivå.....         | 8 |
| Regionala initiativ.....                     | 9 |
| Diskussion och fortsatt arbete.....          | 9 |

## Sammanfattning

Aktuell rapport är en uppföljning av den handlingsplan som NU-sjukvården fastställde februari 2016, med anledning av revisionsrapporten Verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning.

Inventering visar att lagar och riktlinjer till stor del följs. Det finns undantag som ibland kan motiveras t.ex. av verksamhetens behov. Det framkommer i inventeringen att förvaltningsgemensam riktlinje för schemaläggning saknas och att intern kontroll delvis saknas.

Arbetsgruppen rekommenderar sjukhusledningen att:

1. Fastställa gemensamma riktlinjer för schemaläggning av läkare
2. Skapa rutiner för internkontroll av arbetstider/schemaläggning

## Bakgrund

På uppdrag av Revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen (VGR) genomförde EY 2015 en granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning. Granskningens syfte var att granska hur regionstyrelsen och utvalda sjukhusstyrelser säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen. Granskningen avgränsades till den övergripande styrningen avseende schemaläggning av läkare. Således granskade man inte hur schemaläggning av läkare går till vid varje verksamhet/enhet inom sjukhuset. Övriga personalkategorier ingick inte i granskningen.

Revisorskollegiet rapport innebar kritik mot styrelsens nuvarande styrning och uppföljning avseende läkares schemaläggning. Granskningen avsåg egentligen inte hur schemaläggning gjordes på enskilda enheter men problemet var att sjukhusen inte hade en samlad bild av hur schemaläggningen gick till. Med anledning av rapporten fastställde NU-sjukvårdens utförarstyrelse en handlingsplan 2016-02-25 (Diarienummer NU 307-2015) som skulle återrapporteras till NU-styrelsen hösten 2016. Parallellt avkrävde Regionstyrelsen en rapport från samtliga granskade styrelser senast 2017-01-31 (Diarienummer RS 4015-2015).

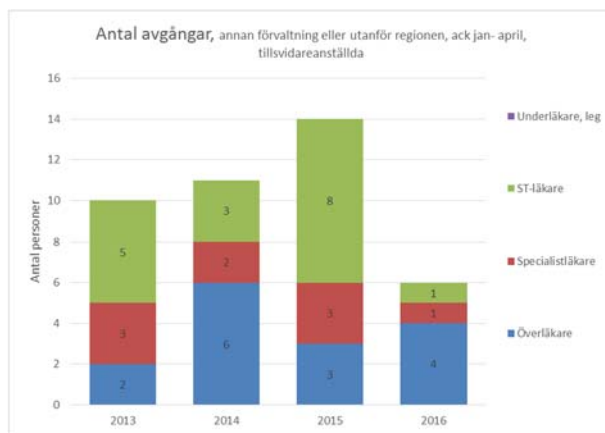
## Faktainsamling NU-nivå

### Metod

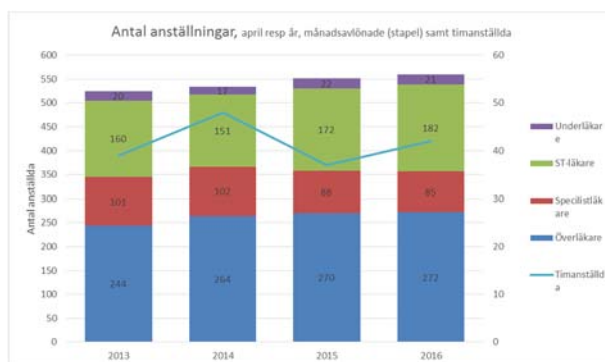
Statistik för läkargruppen inhämtades från Heroma/Cognos. Läkargruppen delades upp i överläkare, specialistläkare, ST-läkare, underläkare och timanställda (vanligen pensionärer). Bemanningsläkare och AT-läkare exkluderades från materialet. Datum valdes till 1 april respektive år, för att även få med år 2016. I de fall en tidsperiod studeras valdes perioden 1 januari – 1 april för respektive år.

### Läkarutveckling 2013-2016

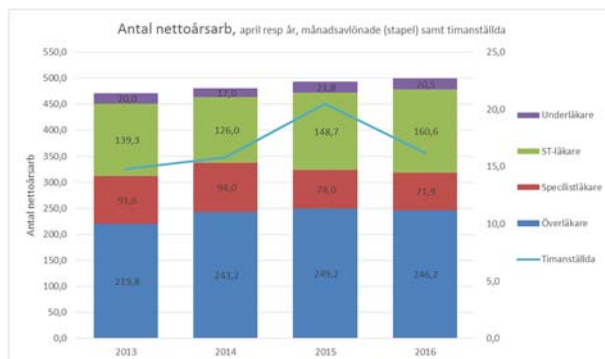
Antal läkare som slutar i NU-sjukvården, pensionsavgångar borträknade, är relativt få. Tvärtom ökar såväl antalet anställda läkare som antal nettoårsarbetare. Främst är det gruppen ST-läkare och överläkare som ökar samtidigt som antalet specialistläkare minskar.



Figur 1 Antal avgångar, pensionsavgångar borträknade, jan-april för respektive år



Figur 2 Antal anställda läkare, fördelat per kategori, april månad respektive år



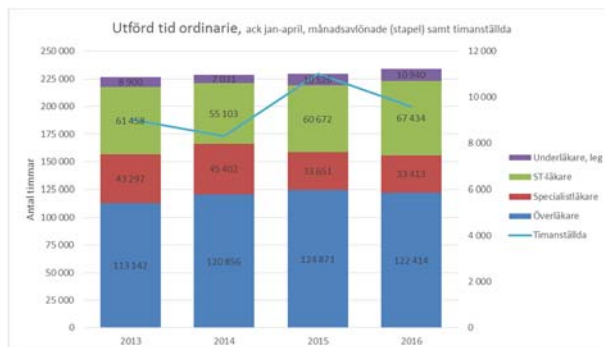
Figur 3 Antal nettoårsarbetare läkare, fördelat per kategori, april månad respektive år

## Relation ordinarie arbetstid och jour

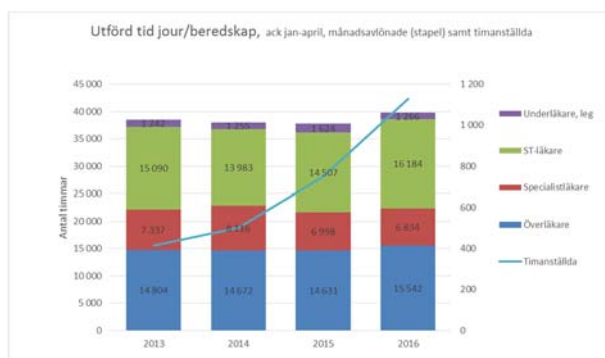
När schemat läggs in i Heroma anges om det är ordinarie arbetstid, jour eller beredskap. Enligt läkarnas specialbestämmelser finns möjlighet för arbetsgivaren att förlägga läkares arbetstider helgfri måndag till fredag mellan 07.00-21.00. Det hade varit önskvärt att särredovisa utförd tid jour under "normal arbetstid", men befintliga IT-system erbjuder inte de möjligheterna.

Ur arbetsrättsligt perspektiv (enligt Allmänna Bestämmelser och läkarnas specialbestämmelser) menas med jour att läkaren finns till förfogande på arbetsplatsen, beredd att omedelbart utföra aktivt arbete. Med beredskap menas att läkaren finns till förfogande utanför arbetsplatsen, redo att inom viss tid inställa sig på arbetsplatsen, samt finnas tillgänglig på telefon för rådgivning. Såväl jour som beredskap kan innebära aktivt eller passivt arbete och benämns då "utförd tid" resp. "vilotid".

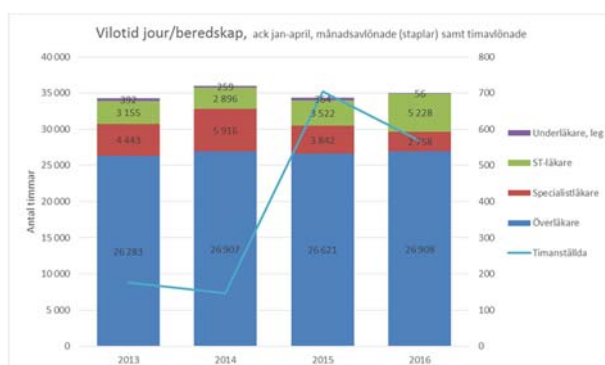
På sjukhussvenska menas med jour ofta en position kopplad till akutarbete. Jourlinjen består ofta av en primärjour, som är mindre erfaren och tar hand om patienten i första ledet, samt en bakjour, som är mer erfaren. I sin arbetsbeskrivning kan såväl primär- som bakjour ha att utföra arbete på arbetsplatsen (aktiv jour), beredskap på arbetsplatsen, eller beredskap utanför arbetsplatsen. Vidare kan det finnas positioner som inte benämns "jour" men som får jourersättning, t.ex. rondförstärkning på helger.



Figur 4 Utförd antal timmar på ordinarie arbetstid, jan-april för respektive år



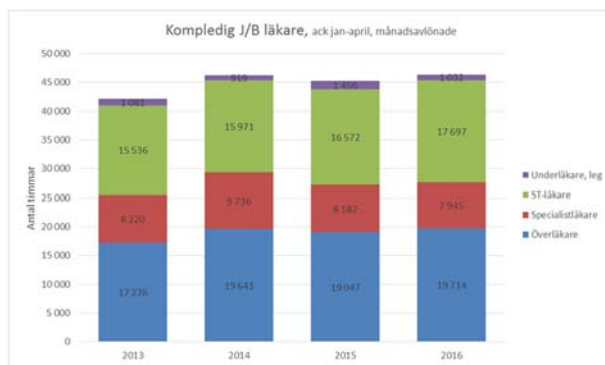
Figur 5 Utförd tid jour/beredskap, jan-april för respektive år



Figur 6 Vilotid jour/beredskap, jan-april för respektive år

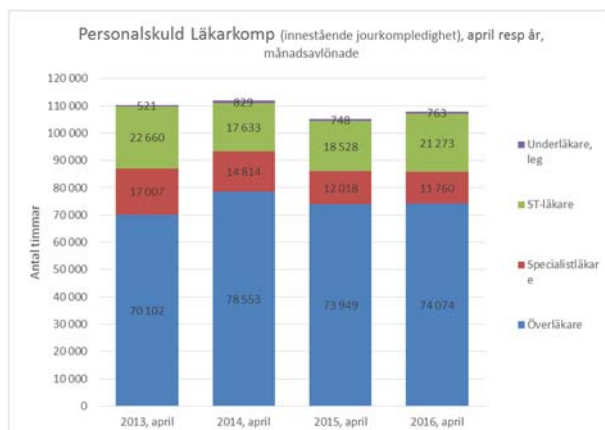
## Uttag av intjänad jourkompensation

Intjänad jourkompensationstid tas ut delvis som lön, delvis som kompensationsledig tid. En vanlig fördelning är 30 procent i lön och 70 procent i tid.



Figur 7 Uttagen kompensationsledighet i tid, jan-april för respektive år

Enligt avtal får den anställda maximalt inneha 200 timmars inestående jourkompensation. Vid avstämning, som görs årligen, regleras det antal som överstiger 200 timmar enligt särskild ordning, t.ex. med kontant utbetalning. Ett undantag utgörs av den jourkompensation som intjänades före 2009-01-01 vilken kan sparas utöver de 200 timmarna (Avtal om uttag av kompensation för jour och beredskap för läkare, regionalt avtal daterat 2009-04-07). Vid byte till ny befattning med ny lönesättning ska inestående jourkomp utbetalas innan ny tjänst tillträds. Arbetstagare som så önskar har rätt att ta med 200 timmar i den nya befattningen (överenskommelse mellan NU-sjukvården och läkarföreningen, 2010-05-06).



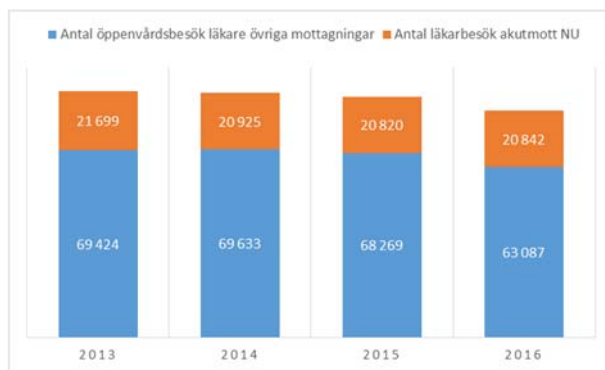
Figur 8 Personalskuld för intjänad jourkompensation, april respektive år

Personalskulden för intjänad jourkompensation är sakta avtagande men om rutiner enligt ovan följdes helt torde sannolikt minskningen varit större.

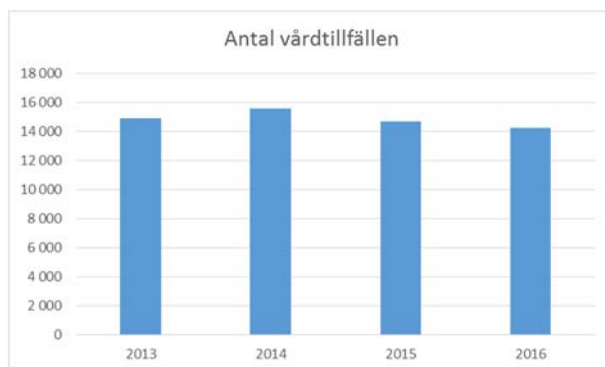
## Produktion

Samtidigt som antalet nettoårsarbetare ökar ses paradoxalt att produktion, mätt i läkarbesök och vårdtillfällen, avtar successivt under åren 2013-2016. Denna problematik belystes nyligen ur ett nationellt perspektiv i den statliga utredningen Effektiv Vård (SOU 2016:2) och kommenteras därför inte ytterligare här.





Figur 9 Antal öppenvårdsbesök till läkare på akutmottagning resp övriga mottagningar, jan-april för respektive år



Figur 10 Antal vårdtillfällen, jan-april för respektive år

## Områdesvis inventering

### Metod

En arbetsgrupp bestående av fyra läkare och tre administratörer med kompetens inom läkarschema (2-3 representanter per område) fick i uppdrag att inventera sina respektive områden. Som utgångspunkt hade man regionens ”riktlinjer för lokal översyn och förändring av jourorganisation och arbetstidsförläggning för läkare”, daterat 2006-05-12, underskrivet Lars Sahlman, Personalstrategiska avdelningen.

### Allmänt intryck

Av inventeringen framkommer att stora förändringar av schemaplanering gjordes när riktlinjerna kom 2006. Det samlade intrycket är att riktlinjerna till stor del följs och att ATL-reglerna har stor påverkan på hur schemaläggningen görs.

### Kompetensnivå

Flertalet jourlinjer bemannas av minst legitimerad läkare. I många verksamheter förekommer AT-jourer, men under handledning av minst legitimerad läkare. En verksamhet använder sig av ensam AT-jour nattetid.

### Tjänstgöringens längd

Alla verksamheter har anpassat sina arbetspass, så att man inte regelmässigt överstiger 18 timmars tjänstgöring vid sjukhusbunden verksamhet. Enstaka pass kan vara upp mot 20 timmar. Det finns exempel på verksamheter som medvetet

kortat sina arbetspass ned till omkring 14 timmar, men så gott som ingen sjukhustung specialitet klarar målet på 13 timmar.

## Dygns- och veckovila samt återhämtning

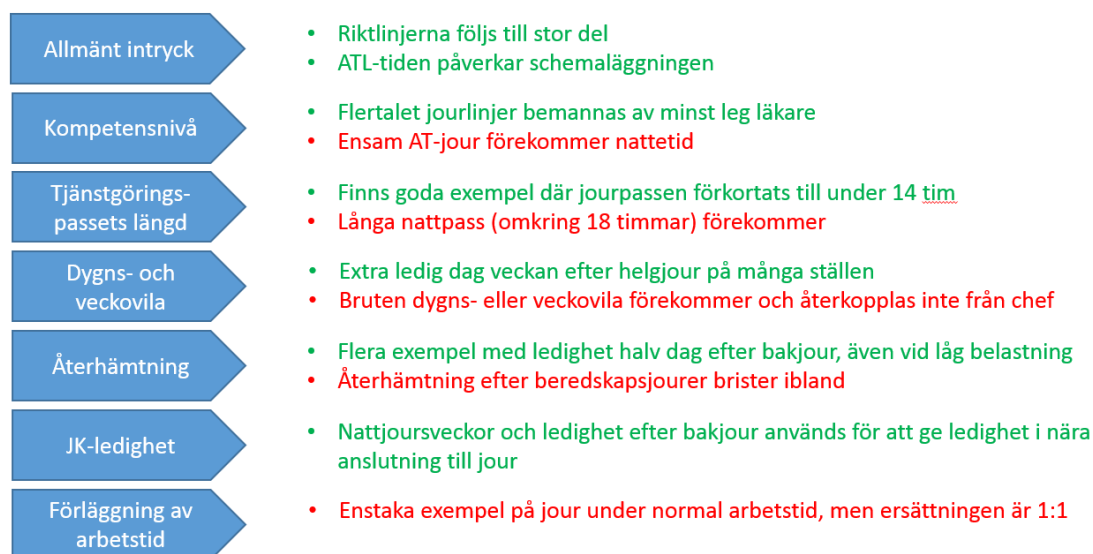
Många verksamheter beskriver en kulturförändring senaste 5-10 åren, där man respekterar dygns- och veckovila. Framför allt i samband med beredskapspass, finns det fortfarande flera verksamheter som inte fullt ut klarar krav på dygns- eller veckovila. Det framkommer också verksamheter där den anställde via Heroma får signaler på att dygns- eller veckovila är bruten, men återkoppling från chef inte görs.

## Jourkompensationsledighet

Många verksamheter använder nattjournsveckor och ledighet efter bakjour för att ge ledighet i nära anslutning till jour.

## Förläggning av arbetstid

Det finns enstaka verksamheter som förlägger jour under perioden måndag – fredag kl 07-21, då med samma ersättning som vid ordinarie arbete. Jourpass med extra förmånlig ersättning under dessa tider har vi inte identifierat vid denna inventering.



Figur 11 Sammanfattning av väsentliga fynd i inventering av läkarnas schemaläggning

## Uppföljning på förvaltningsnivå

Schemat läggs av schemaläggare i separat system (ofta Excel eller Medinet) och förs över till Heroma av Heromarapportör. Signaler om dygns/veckovila kommer med automatik till Heromarapportör vid detta skede av schemaläggning och ska enligt instruktion beaktas. Sannolikt brister detta led i många fall och återkoppling till schemaläggare/chef saknas. En orsak till det kan vara att signalsystemet såsom det används/är konstruerat ger många falska signaler, och man kan då missa de riktiga varningarna.

Respektive chef ansvarar att följa ATL-tiden. Med Heromarapportörs hjälp ska övertidsjournal (där ATL-tid framgår) kontrolleras månadsvis eller när medarbetare närmar sig taket för övertid (200 timmar). Medarbetaren ska få en återkoppling ifall ATL-tiden överskrids ifrån chef.

HR har konsultrollen vid frågor. HR stödjer Heromarapportörsfunktionen genom att anordna nätverksträffar. Det finns även en utsedd kontaktperson för varje område som håller ihop Heromarapportörerna inom sitt område. HR och löneservice förmedlar information till Heromarapportörerna genom kontaktpersonerna.

Extra granskning görs av verksamheter där de fackliga organisationerna begär kontroll av flexsaldon och ATL-timmar. Systematisk internkontroll görs inte.

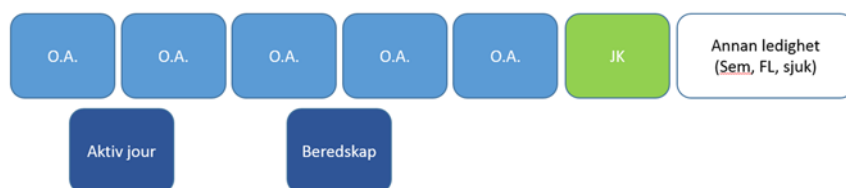
## Regionala initiativ

I Regionstyrelsens svar på granskningsrapporten "Granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning" (Diarienummer RS 4015-2015), framkommer att regiondirektören tagit beslut om viljeinriktningen "Kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning" och att koncernstab HR och förvaltningarnas HR-chefer tillsammans ska stödja införandet av viljeinriktningen. Hittills har det varit otydligt vad viljeinriktningen ska betyda i praktiken.

## Diskussion och fortsatt arbete

Sammanfattningsvis konstateras att antalet läkare i NU-sjukvården ökat något under tidsperioden 2013-2016. Samtidigt noteras en sjunkande produktion mätt i antalet läkarbesök och vårdtillfällen. Detta är oroande och har sannolikt flera förklaringar, t.ex. sjuksköterskebrist som belastar läkargruppen, tilltagande krav på dokumentation, komplicerade IT-system, etc.

Något förenklat arbetar **medelläkaren** i NU-sjukvården fem ordinarie arbetsveckor följt av en jourkompensationsledig vecka. Under dessa fem arbetsveckor har han/hon även en jourvecka och en beredskapsvecka.



Figur 12 Förenklad fördelning för medelläkaren i NU-sjukvården, mellan ordinarie arbetstid (O.A.), Aktiv jour, Beredskap och jourkompensationsledig tid (JK). Annan ledighet såsom semester, sjukdom, föräldraledighet, etc har inte penetrerats ytterligare, men är sannolikt inte mer än för andra yrkeskategorier inom sjukvården.

På förvaltningsnivå är joursystemet sannolikt resurseffektivt. Det utesluter inte att joursystemet kan ge problem i enstaka jourtunga verksamheter, särskilt om planering och samordning brister.

Inventering visar att lagar och riktlinjer till stor del följs. Det finns undantag som ibland kan motiveras t.ex. av verksamhetens behov. Det framkommer i inventeringen att förvaltningsgemensam riktlinje för schemaläggning saknas och

att intern kontroll delvis saknas. Arbetsgruppen bedömer därför att ett första steg är att ta fram gemensamma riktlinjer och skapa rutiner för internkontroll. Arbetsgruppen anser att riktlinjerna bör inkludera att schema ska läggas utifrån patienternas behov och att samordning mellan yrkesgrupper bör göras. I detta sammanhang bör "patienterna" tolkas i ett vitt grepp, dvs inte bara dagens patienter/köer, utan även morgondagens patienter i form av utvecklings-, utbildnings-, fortbildnings- och forskningsbehov.

Arbetsgruppen har tagit fram ett förslag på förvaltningsgemensam rutin för schemaläggning av läkare och rekommenderar sjukhusledningen att:

1. Fastställa rutin för schemaläggning av läkare
2. Skapa rutiner för internkontroll av arbetstider/schemaläggning

# Ärende 10

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-04

Diarienummer NU 2016-00610

**Västra Götalandsregionen****NU-sjukvården/planeringsenheten**

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709-41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## **Investeringsprojekt – Moduler för barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård med tillhörande skola**

### **Förslag till beslut**

**Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården uppdrar åt sjukhusdirektören i enlighet med styrelsebeslut 2016-10-28 avseende Vänerviken, att underteckna uppdragsbekräftelse för genomförande av investeringsprojekt.

### **Sammanfattning av ärendet**

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade vid sammanträde 2016-10-28 att barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård med tillhörande skola ska flytta in i paviljong på NÄL från juni 2017 fram till dess att nytt psykiatrihus på NÄL är inflyttningsklart, beräknat till år 2020. Beslutet innebär etablering av moduler på NÄL som är anpassade för barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård samt uppsägning av externt hyreskontrakt från juli 2017.

En uppdragsbekräftelse för genomförande av investeringsprojekt, iordningställande av moduler till barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård med tillhörande skola, finns framtagen.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
SjukhusdirektörAnders Kullbratt  
Planeringschef

### **Bilagor**

- Uppdragsbekräftelse för genomförande av investeringsprojekt, 2016-12-01

### **Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Anders Kullbratt, planeringschef, [anders.kullbratt@vgregion.se](mailto:anders.kullbratt@vgregion.se)



2016-12-01 D:nr: Fast

**Näl Bup akutavdelningen Vänerviken moduler**

**Projekt: 10624**

**Uppdragsbekräftelse för genomförande av investeringsprojekt**

**Hyresvärd:** Västra Götalandsregionen  
Västfastigheter  
Uddevalla sjukhus  
Fjällvägen 9  
451 80 Uddevalla

**Hyresgäst:** Nu-sjukvården  
Anders Kullbratt  
Ledningskansliet för NU-sjukvården, NÄL, 461 85 Trollhättan

**Hyresobjekt:** Näl

**Åtgärder:**

Iordningställande av moduler till Bup akutavdelning med tillhörande skola. Verksamheten är idag lokaliserad i Vänersborg där det isolerade läget gör att man saknar kompetenta vårdgrannar som kan assistera i exempelvis akuta situationer. Lokalerna är även slitna och har en del provisoriska säkerhetslösningar.

Modulerna kommer omfatta ca 650 m<sup>2</sup> och placeras i nära anslutning till psykiatrien på Näl och därmed kan få stöd i exempelvis akuta situationer. Modulerna är tänkta att stå i cirka fyra år till den nya byggnaden för psykiatrien är klar och verksamheten kan flytta dit.

Internt upplåtelseavtal tecknas separat för löpande hyran med en löptid ca 2017.04.01–2021.12.31 och en månadshyra på 110 000 kr.

En kostnad på ca 2 340 000 kr tillkommer vid avetableringen av modulerna.

Inflyttning samordnas med verksamheten under juni månad då nuvarande hyresavtal avslutas 2017.07.01.

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| Investeringskostnad . | 10 670 000:- |
|-----------------------|--------------|

|              |                                                        |             |
|--------------|--------------------------------------------------------|-------------|
| Hyrestillägg | 10 670 000:-, 4 år, 2,9 % ränta, annuitet – årskostnad | 2 800 000:- |
|--------------|--------------------------------------------------------|-------------|

## Bilaga 1. Planritning

Denna överenskommelse är upprättad i två exemplar av vilka parterna tagit var sitt.

Uddevalla 2016-12-01

Trollhättan 2016-

Västfastigheter  
Distrikt Väst

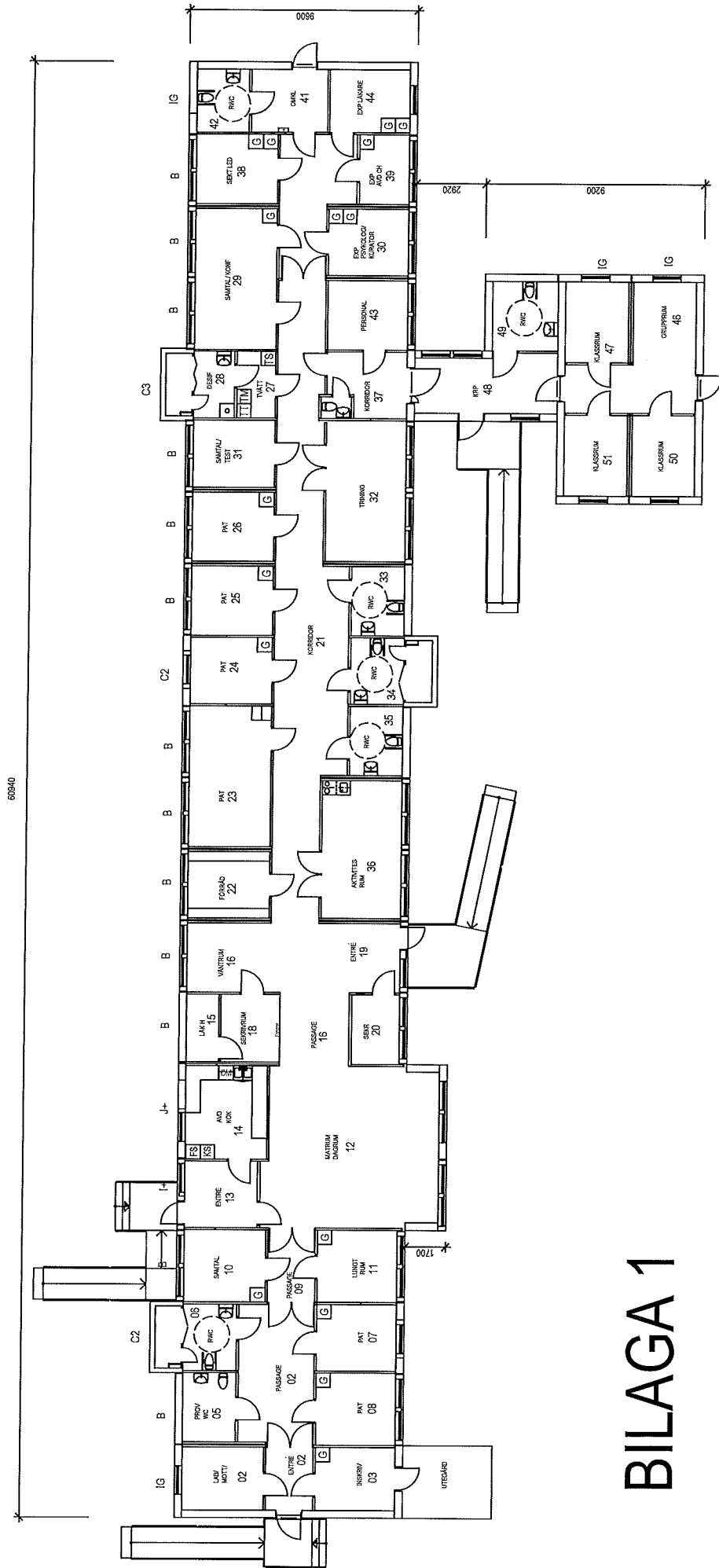
NU-sjukvården

.....  
Jonas Carlson  
Fastighetsförvaltare

.....  
~~Anders Kullbratt~~  
~~Biträdande sjukhusdirektör~~

Lars Wiklund





# BILAGA 1

# Ärende 11

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2017-01-25

Diarienummer NU 2017-00089

**Västra Götalandsregionen****NU-sjukvården/planeringsenheten**

Handläggare: Anders Kullbratt

Telefon: 0709-41 55 85

E-post: anders.kullbratt@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Byggnad för administrativa arbetsplatser på NÄL

**Förslag till beslut****Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården uppdrar åt sjukhusdirektören att fullfölja ansökan om byggnad för arbetsplatser på NÄL såsom ett mindre verksamhetsdrivet investeringsprojekt (MVI) i enlighet med tjänsteutlåtande daterat 2017-01-25.
2. Inre planlösning beslutas i sjukhusledningen efter vidare utredning.

**Sammanfattning av ärendet**

NU-sjukvården har identifierat ett behov av administrativa arbetsplatser dels genom inkomna ärenden till planeringsenheten, dels genom projektet *Administrativa arbetsplatser för läkare*. Projektet har genomfört en inventering av administrativa arbetsplatser för läkare på NÄL och Uddevalla sjukhus. Projektet är inte avslutat men det har framkommit en brist av cirka 30-60 arbetsplatser. Därtill finns idag en tillfällig paviljonglösning med cirka 28 arbetsplatser. Vid ombyggnation av BB-Gyn undanträngs ytterligare 11 administrativa platser. I samband med kommande ombyggnationer kommer ytterligare behov av administrativa arbetsplatser att uppstå. En del vårdnära ytor som idag används som administrativ yta bör konverteras till annat innehåll.

Föreslagen lokalyta kommer att tillåta olika personalkategorier och möjliggör en flexibel inre lokallösning, alltifrån en mer fritt disponerad disposition modell aktivitetsbaserat kontor, till en mer traditionell kontorsmiljö. Beroende på val av inre lokallösning genereras mellan 70-100 platser.

Föreslagen placering är en tillbyggnad på hus M63. Plan 3 inrymmer idag arbetsterapi, på plan 2 restaurang och bibliotek. Tillbyggnaden omfattar ca 875 m<sup>2</sup>. Ansökan avses göras inom ramen för regionala mindre verksamhetsdrivna investeringsprojekt (MVI), vilken innebär en förenklad process samt en mer gynnsam finansiering då hyreskostnaden subventioneras genom hyresbidrag från regionstyrelsen. Total byggkostnad är beräknad till 24 miljoner kronor. Utrustning och inredning ingår inte.

Notera att ytor och kostnader från bifogad förstudie har uppräknats utifrån sena uppgifter från Västfastigheter om större lokalyta. Justerad förstudie kommer inom kort. Ytor och kostnader i detta tjänsteutlåtande stämmer.

**Genomförande av beslut**

Om beslut tas i början av 2017 kan byggstart påbörjas sent 2017.

### **Beredning**

Ärendet har beretts av planeringsenheten och Västfastigheter. Information till centrala samverkansgruppen 2017-01-18. Ärendet har föredragits sjukhusledningen 2016-01-10.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Anders Kullbratt  
Planeringschef

### **Bilaga**

- Förenklad förstudie, M63 administrativa lokaler, december 2016.

### **Besluten skickas till**

- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Anders Kullbratt, planeringschef, [anders.kullbratt@vgregion.se](mailto:anders.kullbratt@vgregion.se)

# Norra Älvsborgs länssjukhus NÄL Trollhättan Projekt 30173

M63 Administrativa lokaler  
Förenklad förstudie december 2016



## Innehåll

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. Sammanfattning .....               | 3 |
| 2. Regionövergripande planering ..... | 3 |
| 3. Förutsättningar .....              | 3 |
| 4. Förslag .....                      | 4 |
| 5. Fastighet .....                    | 4 |
| 6. Tidplan .....                      | 4 |
| 7. Genomförande och utgifter .....    | 5 |

## 1. Sammanfattning

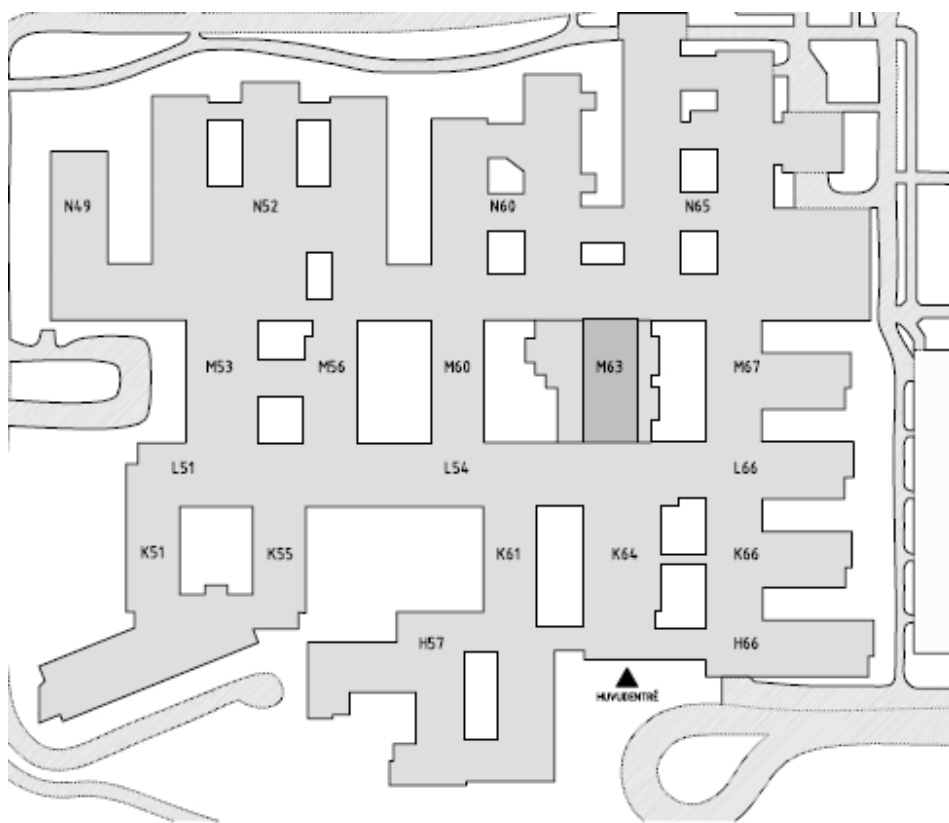
För att frigöra yta för vårdnära verksamheter inom vårdavdelningarna behöver administrativa arbetsplatser beredas utrymme utanför vårdavdelningarna. Det förslag som presenteras här är en påbyggnad med ett extra plan på hus M63.

## 2. Regionövergripande planering

I enlighet med strategin med planerad vård på Uddevalla sjukhus samt akutvård på Näl finns behovet att flytta ut och effektivisera administrativa arbetsplatser från vårdavdelningar och frigöra yta på vårdavdelningarna.

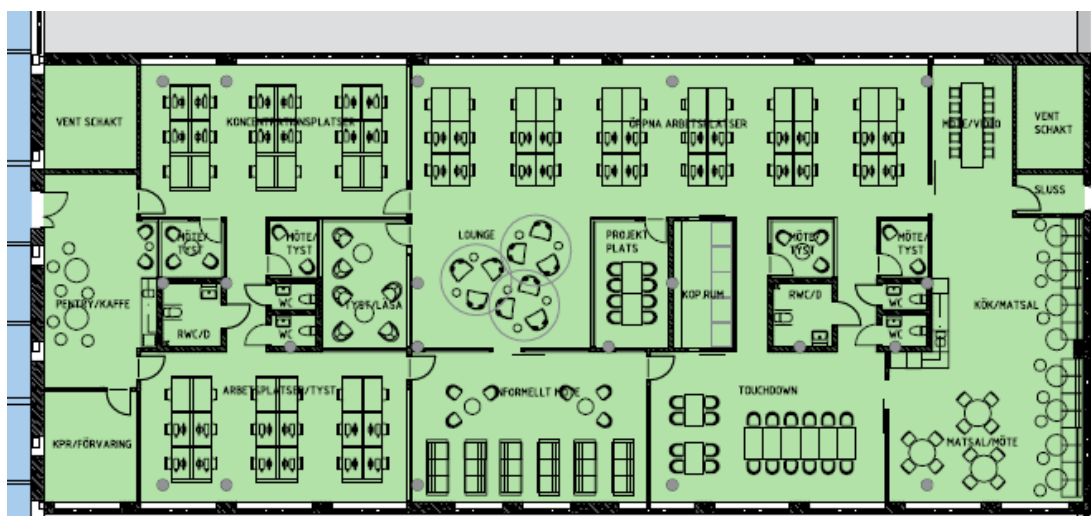
## 3. Förutsättningar

Hus M63 ligger strategiskt i förhållande till vårdavdelningarna och kan relativt enkelt byggas på med ett plan på 693 kvm BTA. Det framtida nyttjandet av lokalerna, fasta arbetsplatser alternativt flexibla, är inte bestämt. I denna utredning är det placeringen av lokalerna i en påbyggnad, husets förutsättningar samt tillgången på yta som har styrt utformningen.



Situationsplan

## 4. Förslag



Plan

Förslaget visar att det finns plats för 72 arbetsplatser. Här finns även plats för bland annat det antal toaletter som krävs inklusive handikapptoaletter, ett personalutrymme samt ytor för möten i grupp.

De 72 arbetsplatserna kan antingen vara fasta platser för 72 personer alternativt flexibla platser för ca 100 personer.

## 5. Fastighet

Hus M63 består av 3 plan. (plan 1, plan 2 och plan 3. Plan 1 är kulvertplan och plan 2 markplan. På plan 1 är forskning och utveckling, bibliotek samt del av restaurangen. På plan 3 är arbetsterapi samt expeditioner belägna.

Huset går att bygga på med ett plan för tänkt verksamhet utan omfattande förstärkningar.

## 6. Tidplan

Vid beslut i början på 2017 kan byggstart sent 2017.



## 7. Genomförande och utgifter

### Area tillbyggnad

Den totala tillbyggnadsytan (BTA) är 693 m<sup>2</sup> enligt nedanstående specifikation.

Summa BRA är 643 m<sup>2</sup> varav 30 m<sup>2</sup> är öva yta.

BRA hyra: Bruksarean är alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas insida. Är hyressatt.

BRA öva: Bruksarean är alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas insida. Är ej hyressatt. (Teknikutrymmen, trapphus).

BTA: Bruttoarean är summan av alla våningsplans area och begränsas av de omslutande byggnadsdelarnas utsida.

### Kostnader

Beräknad investering, hyra samt redovisning av täckningsgrad utifrån kostnadsläge 2017.

|             | Investering | Ökad hyra | Täckningsgrad | Ofinansierad del. |
|-------------|-------------|-----------|---------------|-------------------|
| Tillbyggnad | 19 mkr      | 1.06 mkr  | 73 %          | 0,4 mkr           |

Belopp avseende konstinvestering tillkommer med maximalt 190 000 kr