

# Ärende 3

## Tjänsteutlåtande

Datum 2017-01-26

Diarienummer NU 2017-00084

## Västra Götalandsregionen NU-sjukvården/ekonomi och informationssystem

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-29 74 76

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

# Årsredovisning för NU-sjukvården 2016

## Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Årsredovisning 2016 fastställs och överlämnas till regionstyrelsen med följande bilagor
  - intern kontroll 2016
  - patientsäkerhetsberättelse 2016
  - säkerhetsrapport 2016
  - organ-/vävnadsdonation 2016
  - årsberättelse för sjukskrivningsprocessen 2016
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad

## Sammanfattning av ärendet

Det ekonomiska resultatet för NU-sjukvården 2016 var 24 mnkr bättre än det av regionfullmäktige godkända resultatmålet (-40 mnkr). Resultatet uppgick till -16 mnkr jämfört med -79 mnkr föregående år.

Under året arbetade NU-sjukvården aktivt med att sänka beläggningsgraden i slutenvården, där NU-sjukvården arbetar mot en nollvision mot överbeläggningar. Under de första månaderna 2016 var beläggningsgraden över 100 procent under längre perioder. Under hösten innebar förändrade arbetssätt att beläggningsgraden kunde hållas på lägre nivå, även om enskilda verksamheter periodvis påverkades av att vakanser ledde till färre öppna slutenvårdsplatser än vad som hade behövts.

Inflödet till akutmottagningen ökade under året ökat något (cirka en procent).

Många patienter som söker akut vård men som inte måste ha tillgång till sjukhusets specialistvård blev under året i högre grad än tidigare hänvisade till andra vårdformer. Effekter från utvecklingsarbeten som genomförts över lång tid inom bland annat den prehospitla verksamheten och inom ramen för Samverkande sjukvård börjar ge effekt. I slutet av 2015 inrättades roller som omsorgscoordinatorer på akutmottagningen och de blev under 2016 en viktig länk i samspelet mellan kommunal omsorg, primärvård och närstående.

Till detta kommer att medelvårdtiden minskade med cirka 1,5 procent inom somatiken genom förbättrade vårdprocesser. Minskad medelvårdtid är ett viktigt bidrag till att sänka beläggningsgraden.

NU-sjukvården levererade det beställda uppdraget enligt vårdöverenskommelsen. Tillgängligheten till vården för patienter som väntat 90 dagar (vårdgaranti) förbättrades något under våren för både väntande till första besök och behandling men under hösten försämrades åter tillgängligheten. Tillgängligheten påverkades negativt av reducerad operationskapacitet kopplat till personalbrist. Försämrade väntetider förekom bland annat inom specialiteterna gynekologi och öron-näsahals.

Under året lades större fokus på att systematisera arbetet för att förbättra de medicinska resultaten. Införandet av de standardiserade vårdförloppen förlöper väl och ligger enligt plan. I november delades för första gången NU-sjukvårdens patientsäkerhetspris ut till en verksamhet som på ett framgångsrikt sätt genomfört patientsäkerhetsfrämjande förbättringsarbete. NU-sjukvårdens urologmottagning blev första prisvinnare.

Bristen på kompetens, såväl för sjukhuset som nationellt, inom vissa personalgrupper (främst sjuksköterskor), innebar svårigheter att bemanna vårdplatser och mottagningar. Utnyttjandet av bemanningsföretag låg totalt på samma nivå som föregående år.

Antalet nettoårsarbetare ökade marginellt under året, där såväl sjuksköterskor/barnmorskor som undersköterskor/skötare minskade medan främst ej legitimerade läkare och gruppen rehabilitering/förebyggande ökade något. Korttidssjukfrånvaron låg på samma nivå som 2015 medan den långa sjukfrånvaron ökade.

För att locka fler sökande till NU-sjukvården anordnades flera jobbevent under året. Där informerades bland annat om det kliniska basåret som utvecklades under året. Det ska ge nyexaminerade sjuksköterskor bättre möjligheter att utvecklas i sin profession, bygga upp sin yrkesidentitet och ge en bra start i arbetslivet.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

### Bilaga

- Intern kontroll 2016
- Patientsäkerhetsberättelse 2016
- Säkerhetsrapport 2016
- Organ-/vävnadsdonation 2016
- Årsberättelse för sjukskrivningsprocessen 2016

### Besluten skickas till

- Regionstyrelsen ([rapport@vgregion.se](mailto:rapport@vgregion.se))
- Diariet, [nusjukv.kansli@vgregion.se](mailto:nusjukv.kansli@vgregion.se)
- Sven Florström, ekonomichef, [sven.florstrom@vgregion.se](mailto:sven.florstrom@vgregion.se)
- Peter Olsson, utvecklingsledare, [peter.olsson@vgregion.se](mailto:peter.olsson@vgregion.se)



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN  
NU-SJUKVÅRDEN

Dnr NU 2017-00084

# NU-SJUKVÅRDEN ÅRSREDOVISNING 2016

## Innehåll

<b>1. SAMMANFATTNING AV VERKSAMHETSÅRET 2016 .....</b>	<b>4</b>
<b>2. EN STARKARE REGION MED FORTSATT SATSNING PÅ KOLLEKTIVTRAFIKEN .....</b>	<b>5</b>
<b>3. ETT KRAFTFULLT MILJÖARBETE .....</b>	<b>5</b>
3.1 Prioriterade mål .....	5
3.2 Fokusområden.....	5
3.3 Verksamhetens miljöarbete .....	5
<b>4. ETT KULTURLIV SOM ENGAGERAR .....</b>	<b>5</b>
<b>5. FRAMTIDSTRO INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....</b>	<b>6</b>
5.1 Prioriterade mål .....	6
5.1.1 Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras .....	6
5.1.2 Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas .....	7
5.1.3 Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser .....	7
5.2 Fokusområden.....	9
5.2.1 Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri.....	9
5.2.2 Genomföra den regionala psykiatriplanen.....	9
5.2.3 Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa .....	10
5.2.4 Uppfylla vårdgarantin .....	11
5.2.5 Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården .....	13
5.2.6 Förbättra akutvårdkedjan .....	14
5.2.7 Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner .....	14
5.2.8 Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning .....	16
5.2.9 Skapa ett sammanhållet vårdssystem.....	16
5.3 Produktion.....	16
5.3.1 Sammanvägda prestationer .....	16
5.3.2 Intern produktion och externa köp inom "PK-modellen" .....	17
5.3.3 Inflödet.....	18
5.3.4 Beläggning.....	19
<b>6. EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE .....</b>	<b>21</b>
6.1 Prioriterade mål .....	21
6.1.1 Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras .....	21
6.1.2 Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska .....	21
6.2 Fokusområden.....	21
6.2.1 Satsa på ledarskap.....	21
6.2.2 Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt .....	21
6.2.3 Utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling.....	22

6.2.4 Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och pröva arbetstidsmodeller ..	22
6.2.5 Utveckla ett målmedvetet, strukturerat och hälsofrämjande arbete för minskad sjukfrånvaro	22
6.3 Lönestruktur .....	22
6.4 Chefsförutsättningar .....	23
6.5 Sjukfrånvaro .....	23
<b>6.6 PERSONALVOLYM, PERSONALSTRUKTUR OCH PERSONALKOSTNADSANALYS .....</b>	<b>25</b>
6.6.1 Utvecklingen av nettoårsarbetare .....	25
6.6.2 Uppgiftsväxling .....	28
6.6.3 Personalkostnadsanalys .....	29
6.6.4 Mertid, övertid, OB-tillägg .....	31
6.6.5 Ofrivillig deltid .....	32
<b>7. GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VERKSAMHETERNA .....</b>	<b>32</b>
7.4 Systematiskt förbättringsarbete .....	32
<b>8. RÄTTIGHETER OCH FOLKHÄLSA .....</b>	<b>33</b>
8.1 Mänskliga rättigheter .....	33
8.1.2 Insatser som verksamheten gjort för en mer jämlik information och kommunikation.....	33
8.1.3 Verksamhetens jämställdhetsintegrering .....	33
8.1.4 Insatser för att nå vissa grupper som tidigare varit svåra att nå .....	33
8.1.5 Aktiviteter kring barns rättigheter .....	34
8.1.6 Tillgänglighet för personer med olika funktionsvariationer .....	34
8.2 Folkhälsa .....	34
<b>9. EN BUDGET I BALANS .....</b>	<b>35</b>
9.1 Ekonomiskt resultat .....	35
9.1.1 Analys utfall jämfört med budget .....	35
9.1.2 Utfall jämfört med föregående år .....	37
9.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans .....	41
9.2.1 Följsamhet till beslutade åtgärdsplaner .....	41
9.2.2 Ekonomisk obalans som inte omfattas av beslutad åtgärdsplan .....	41
9.3 Eget kapital .....	42
9.4 Investeringar .....	42
<b>10. BOKSLUTSDOKUMENT OCH NOTER .....</b>	<b>43</b>
<b>11. TILLKOMMANDE RAPPORTERING .....</b>	<b>47</b>
<b>11.1 PÅVERKAN TILL FÖLJD AV DEN RÅDANDE FLYKTINGSITUATIONEN</b>	<b>47</b>
11.2 Verksamheternas säkerhetsarbete.....	47

11.3 Uppföljning av intern kontroll under 2016 .....	48
11.4 Särskild åiterrapporteringar enligt beslut i RF.....	48
<b>12. FÖRDJUPAD RAPPORT TILL EGEN STYRELSE .....</b>	<b>49</b>
12.1. Komprimerad verksamhetsplan 2016 för NU-sjukvården.....	49

### **Bilagor**

Bilaga 1 Avrapportering intern kontroll i NU-sjukvården

Bilaga 2 Patientsäkerhetsberättelse

Bilaga 3 Säkerhetsrapport

Bilaga 4 Organ-/vävnadsdonation inom NU-sjukvården 2016

Bilaga 5 Årsberättelse 2016 för sjukskrivningsprocessen inom NU-sjukvården



## 1. Sammanfattning av verksamhetsåret 2016

Det ekonomiska resultatet för NU-sjukvården 2016 var 24 mnkr bättre än det av regionfullmäktige godkända resultatmålet (-40 mnkr). Resultatet uppgick till -16 mnkr jämfört med -79 mnkr föregående år.

Under året arbetade NU-sjukvården aktivt med att sänka beläggningsgraden i slutenvården, där NU-sjukvården arbetar mot en nollvision mot överbeläggningar. Under de första månaderna 2016 var beläggningsgraden över 100 procent under längre perioder. Under hösten inleddes förändrade arbetssätt att beläggningsgraden kunde hållas på lägre nivå, även om enskilda verksamheter periodvis påverkades av att vakanser ledde till färre öppna slutenvårdsplatser än vad som hade behövts.

Inflödet till akutmottagningen ökade under året ökat något (cirka en procent).

Många patienter som söker akut vård men som inte måste ha tillgång till sjukhusets specialistvård blev under året i högre grad än tidigare hänvisade till andra vårdformer. Effekter från utvecklingsarbeten som genomförts över lång tid inom bland annat den prehospitala verksamheten och inom ramen för Samverkande Sjukvård börjar ge effekt. I slutet av 2015 inrättades roller som omsorgscoordinatorer på akutmottagningen och de blev under 2016 en viktig länk i samspillet mellan kommunal omsorg, primärvård och närstående.

Till detta kommer att medelvårdtiden minskade med cirka 1,5 procent inom somatiken genom förbättrade vårdprocesser. Minskad medelvårdtid är ett viktigt bidrag till att sänka beläggningsgraden.

NU-sjukvården levererade det beställda uppdraget enligt vårdöverenskommelsen. Tillgängligheten till vården för patienter som väntat 90 dagar (vårdgaranti) förbättrades något under våren för både väntande till första besök och behandling men under hösten försämrades åter tillgängligheten. Tillgängligheten påverkades negativt av reducerad operationskapacitet kopplat till personalbrist. Försämrade väntetider förekom bland annat inom specialiteterna gynekologi och öron-näsa-hals.

Under året lades större fokus på att systematisera arbetet för att förbättra de medicinska resultaten. Införandet av de standardiserade vårdförloppen förlöper väl och ligger enligt plan. I november delades för första gången NU-sjukvårdens patientsäkerhetspris ut till en verksamhet som på ett framgångsrikt sätt genomfört patientsäkerhetsfrämjande förbättringsarbete. NU-sjukvårdens urologmottagning blev första prisvinnare.

Bristen på kompetens, såväl för sjukhuset som nationellt, inom vissa personalgrupper (främst sjuksköterskor), innebär svårigheter att bemanna vårdplatser och mottagningar. Utnyttjandet av bemanningsföretag låg totalt på samma nivå som föregående år.

Antalet nettoårsarbetare ökade marginellt under året, där såväl sjuksköterskor/barnmorskor som undersköterskor/skötare minskade medan främst ej legitimerade läkare och gruppen rehabilitering/förebyggande ökade något. Korttidssjukfrånvaron låg på samma nivå som 2015 medan den långa sjukfrånvaron ökade.

För att locka fler sökande till NU-sjukvården anordnades flera jobbevent under året. Där informerades bland annat om det kliniska basåret som utvecklades under året. Det ska ge nyexaminerade sjuksköterskor bättre möjligheter att utvecklas i sin profession, bygga upp sin yrkesidentitet och ge en bra start i arbetslivet.

## 2. En starkare region med fortsatt satsning på kollektivtrafiken

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

## 3. Ett kraftfullt miljöarbete

### 3.1 Prioriterade mål

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

### 3.2 Fokusområden

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

### 3.3 Verksamhetens miljöarbete

En obligatorisk webbaserad checklista för skydds rond togs fram under 2016 som möter upp de lagkrav som ställs på miljö, säkerhet/brand samt organisatorisk- och social arbetsmiljö. Checklistan är ett steg i arbetet med att integrera miljöarbetet med övrigt verksamhetsarbete.

Under året bildades en projektgrupp, där uppdraget var att ta fram en hållbar och effektiv möbelprocess i NU-sjukvården. Det handlar om flytt, återanvändning och eventuell kassation av möbler. Möbelprocessen beräknas att tas i drift under våren 2017.

I april 2016 startade projektet Det goda målet. Syftet med projektet är att ta fram ett arbetssätt som bland annat ska leda till minskat matsvinn från vårdavdelningar, öka patientdelaktighet- och kundnöjdhet och minska risken för undernäring.

Patologverksamheten använde Chemsec:s SIN-lista vid utfasningsarbetet av kemikalier. Genom metodbyte och nedläggning av metoder kunde 32 procent av de ämnen som fanns med på SIN-listan fasas ut.

NU-sjukvårdens mål 2016	Utfall 2016-12-31
Antalet resta mil med privat bil i tjänsten per årsarbetare ska 2016 ha minskat med 5 procent jämfört med 2015	Minskning med 5,6 procent jämfört med 2015.
Antalet resta mil med flyg ska minska med 2015	Minskning med 10,9 procent jämfört med 2015.
Verksamhetselen ska minska med 5 procent jämfört 2015	Måluppfyllnad uppnåddes inte.

## 4. Ett kulturliv som engagerar

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

## 5. Framtidstro inom hälso- och sjukvården

### 5.1 Prioriterade mål

#### 5.1.1 Den psykiska ohälsan ska minska och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom ska förbättras

##### Vuxenpsykiatri öppenvård

I verksamheten finns inte tillgång till någon övergripande bild av den psykiska hälsan i upp-tagningsområdet. Den psykiska hälsan påverkas av många faktorer, där den specialistpsykiat-riska vården har begränsade möjligheter att påverka helheten. Verksamheten är inriktad på att vårda de personer som har de allra svåraste psykiatriska problemen och sjukdomarna.

Under 2016 fortsatte arbetet med förbättrat omhändertagande av personer med psykisk sjuk-dom på en rad områden, se 5.2.

- Fortsatt utveckling av omhändertagandet av personer med schizofreni utifrån regionuppdrag. Utbildningsaktiviteter för alla medarbetare som möter målgruppen. Uppstart F-ACT, struktur och teknik. Genomförande av gruppbehandling med IPT-k, Uppstart IMR på nå- gon enhet.

##### Vuxenpsykiatri slutenvård

- Patientenkät infördes under hösten 2016. Pilot på en avdelning. Införs på övriga avdel- ningar våren 2017.
- Bemötandebildning till all personal pågår.
- Införande av tvångsvårdskolan till all personal är genomförd. Syftar till att genom rätt lågaffektivt bemötande minska behovet av tvångsåtgärder samt att ge en bra kunskap i tvångsvårdslagstiftningen.

##### Barn- och ungdomspsykiatri

Utifrån det ökande patientinflöde BUP har upplevt under ett flertal år kan dessvärre inte häv- das att den psykiska ohälsan är minskande. Majoriteten av ökningen är relaterat till neuropsy- kiatriska frågeställningar (i princip en fördubbling sedan 2010) men även andra psykiatriska diagnoser ökar.

Under 2015-2016 tilldelades BUP ramhöjande stimulansmedel riktat mot specifika patient- grupper, vilket resulterade i att omhändertagandet delvis har förbättrats.

##### 2015

- Förstärkning av NP-teamet relaterat till övertagandet av autismbarn från Habiliteringen. 5 tjänster.
- Självskada: 0,5 psykologtjänst till DBT-teamet.

Resultat: När det gäller övertagande av autismbarn har detta visat sig fungera bra, något som den regionala genomgången av RMR som genomförts 2016 visar.

Det inte varit möjligt att rekrytera 0,5 psykologtjänst till DBT-teamet och vi har därför inte fått effekt av medlen gällande självskada än. Vi arbetar med en lösning där dessa medel kan kombineras med andra arbetsuppgifter.

##### 2016

- Traumabehandling: Medel till att starta upp traumateam bestående av 3 psykologer och en kurator.
- Ätstörning: Medel till att starta dagbehandling för ätstörningspatienter. 1 sjuksköterska och en psykolog.

Resultat: En psykolog är nu rekryterad till traumateamet och det pågår rekrytering till övriga tjänster. Teamet förväntas vara fullt operativt i januari 2017.

Rekryteringen till ätstörning är nu klar och teamet har på ett innovativt sätt påbörjat ett samarbete med VUP:s ätstörningsteam, vilket ger ytterligare effekt av tillskottet.

BUP-verksamheten arbetar på flera plan med sin organisering och man förväntar sig att man under kommande år kommer att förbättra kvaliteten på patientbehandlingar.

### 5.1.2 Patientens ställning inom hälso- och sjukvården ska stärkas

	Måltal NU 2016	Utfall 2016-08-31	Utfall 2016-12-31
Andel vårdgarantipatienter som väntat i högst 90 dagar på första besök eller behandling	100%	Besök: 67% Behandl: 52%	Besök: 79% Behandl: 63%
Andel patienter där total vistelsetid <4 tim vid besök akutmottagning	Halvår 1= 70% Halvår 2= 75%	59%	57%

Under 2016 påbörjades arbete med att definiera respektive verksamheters vårduppdrag, både primära och sekundära. Arbetet beräknas vara klart under våren 2017.

### 5.1.3 Samtliga verksamheter inom hälso- och sjukvården ska prestera bättre än genomsnittet i nationella kvalitetsregister och jämförelser

NU-sjukvården följer löpande det resultat som publiceras i regionens uppföljningsverktyg Kvartalen. Nedan redovisas resultat som slutar med kvartal 3. Det föreligger stora brister i Psykiatrikompassen, varför resultat inte kan följas/redovisas.

Kvartalen - Måluppfyllelse, ettårsperiod som slutar med kvartal 3 2016 Grönt = Mål uppfyllt	NU-sjukvården	VGR
<i>Diabetes, blodsocker god kontroll</i> Andel typ 1 diabetespatienter med HbA1c < 52 mmol/mol		
<i>Diabetes, högt blodsocker</i> Andel typ 1 diabetespatienter >= 18 år med HbA1c > 70 mmol/mol		
<i>Diabetes, blodsockerkontroll barn och ungdomar</i> Andel typ 1 diabetespatienter <18 år med HbA1c < 70 mol/mol		
<i>Diabetes, blodtryck</i> Andel typ 1 diabetespatienter >= 18 år med blodtryck < 140/85 mm Hg		
<i>Diabetes, blodfett</i> Andel typ 1 diabetespatienter, 45-80 år med LDL-kolesterol < 2,5 mmol/L		
<i>Hjärtinfarkt, akuta åtgärder</i> Andel reperfusion vid hjärtinfarkt med ST-höjning		
<i>Hjärtinfarkt, blodtryckssänkande läkemedel</i> Andel behandlade med ACE-hämmare/A2-antagonister efter hjärtinfarkt		
<i>Stroke, initialvård på strokeenhet</i> Andel patienter med stroke som initialt vårdats på strokeenhet		
<i>Stroke, behandling mot blodpropp</i> Andel strokepatienter som gavs reperfusion-behandling (trombolys/trombektomi). Gäller alla åldrar		
<i>Stroke, patienter som klarar sig själva</i> Andel strokepatienter som var ADL-oberoende 3 månader efter insjuknandet. Gäller alla åldrar		
<i>Stroke förebyggande</i> Andel opererade inom 14 dagar vid symptomgivande förträngning av halspulsådern	Ej aktuellt	

<b>Kvartalen - Måluppfyllelse, ettårsperiod som slutar med kvartal 3 2016 Grönt = Mål uppfyllt</b>	<b>NU-sjukvården</b>	<b>VGR</b>
<i>Stroke, blodförtunnande behandling</i> Blodförtunnande behandling efter ischemiska stroke med förmaksflimmer. Omfattar alla åldrar		
<i>Höftfraktur, väntetid till operation</i> Väntetid till operation av höftfraktur andel < 24 tim		
<i>Ljumskråcksoperationer, dagkirurgi Andel elektiva ljumskråcksoperationer utförda i dagkirurgi</i>		
<i>Borttagande av gallblåsa, antibiotikabehandling</i> Andel patienter med antibiotika vid borttagning av gallblåsa. Avser planerade operationer		
<i>Starroperation, tillgänglighet Andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktkirurgi</i>		
<i>Barn med astma och luftrörsinfektion</i> Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dagar efter vård för astma/obstruktiv bronkit		
<i>Barn med magsjuka</i> Andel återinskrivningar bland barn (0-6 år) i sluten vård inom 7 dagar efter vård för gastroenterit		
<i>Förmaksflimmer, blodförtunnande behandling</i> Andel patienter med förmaksflimmer som får antikoagulantia		

Enligt resultat i Kvartalen, ett-årsperioden som slutar med kvartal 3 2016, uppfyller NU-sjukvården regionens mål helt för elva indikatorer (gröna), delvis för tre indikatorer (gula) och uppfyller inte fyra indikatorer (röda). De avvikelser som ses är inom diabetes, stroke, ortopedi, kirurgi och ögon.

- Diabetes - Andel vuxna typ 1-diabetespatienter med HbA1c > 70 mmol/mol uppfyller målet delvis. Åtgärder är insättning av kontinuerlig blodsockermätare för specifika målgrupper och öka antalet återbesök till läkare 2017.
- Diabetes - Andel vuxna typ 1-diabetespatienter med blodtryck < 140/85 mmHg uppfyller inte målet. Målet är nysatt och en utmaning för flera förvaltningar. Vid jämförelse regionalt och nationellt har NU-sjukvården bättre värden. Åtgärder är fortsatt aktiv uppföljning.
- Stroke - Andel patienter med stroke som initialt vårdas på strokeenhet uppfyller inte målet. Genomförda åtgärder är vårdplatsanalys och omfördelning av vårdplatsantal utifrån denna. Subjektivt har detta lett till klar förbättring enligt verksamheten, vilket ännu inte syns i statistik.
- Stroke - Andel strokepatienter som gavs reperfusionbehandling uppfyller inte målet. Åtgärder är utbildning med trombolyskörtkort som ska vara klart 170331, analys av avblåsta trombolyslarm som lett till aktivt attitydarbete och på regional nivå har regional strokebakjour införts på SU och bedöms fungera bra.
- Ortopedi - väntetid till operation av höftfraktur uppfyller målet delvis. Flytt av ortopedisk verksamhet från Uddevalla sjukhus till NÄL har delvis orsakat en temporär försämring, inkl. bristande operationskapacitet. Aktivt processarbete pågår med översyn av hela vårdkedjan.
- Kirurgi - andel patienter som får antibiotika vid planerad borttagning av gallblåsan uppfyller inte målet. Urvalet är relativt litet och resultatet får tolkas med försiktighet. Vid genomgång av samtliga patienter bedömdes alla ha fått antibiotika på korrekt indikation.

- Ögon - andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat vid kataraktkirurgi uppfyller målet delvis. Bedöms som ett generellt tillgänglighets/kapacitetsproblem inom ögonsjukvården.

## 5.2 Fokusområden

### 5.2.1 Förbättra tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatri

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Köp av utredningar (25 st.)	Klart Avslutades 2016-12-31.
Organisationsutveckling och ökat ledarfokus	Pågår Uppstart augusti 2016, fortsätter under 2017.
Upprättande av 1-2 utredningsteam	Klart Utredningsteam startar januari 2017.
Upprättande av patientkoordinatorsfunktion	Klart Startades oktober 2016.
Kartläggning av utredningsrutiner	Pågår Avslutas december 2017.

- BUP har i dagsläget stora utmaningar att rekrytera och behålla nödvändig kompetens, företrädesvis läkar- och psykologresurser. Tillfälligt bidrar möjligheten att använda bemaningsföretag till en förbättring på läkarsidan men det är nödvändigt att genomföra en översyn och revidering av de rutiner som finns för detta arbete, inte minst med tanke på ansvaret för jämlik vård.
- Utmaningarna med tillgänglighet kan sammantaget förväntas att fortsätta under 2017-2018.

### 5.2.2 Genomföra den regionala psykiatriplanen

#### Vuxenpsykiatri öppenvård

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
<p><b>Förstärkning neuropsykiatri</b></p> <p>Två psykologer har anställts vid neuropsykiatriska mottagningen, förstärkt resurs för ADHD-utredningar för hela verksamheten</p> <p>Pågående arbete med förbättrad utredningsprocess utifrån kommande RMR</p> <p>Utformning av ny RMR, klar augusti 2016</p>	<p>Pågår</p> <p>Otillräckliga möjligheter till sammanställning av data för att kunna ha uppdaterad lägesinformation för hur väntetiderna påverkas efter hand.</p> <p>Utredningsprocess anpassad till ny RMR har spridits och anpassats till övriga mottagningar under hösten 2016.</p> <p>Förstärkt utredningsresurs beräknas ha halverat antal väntande under hösten, men exakta data går inte att ta fram.</p>

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
<p><b>Självskadebeteende</b></p> <p><i>MBT</i> – Introduktionsgrupper har startats i början av året, behandlingsgrupper kommit igång i april</p> <p><i>DBT</i> – Fortsatt utveckling, kompetenstapp som behöver ersättas. Fortsatt ungefär på tidigare nivå</p> <p><i>ERGT</i> – Rekrytering och utbildning pågår</p>	<p>Pågår</p> <p>MBT</p> <p>I genomsnitt 100 besök per månad från april. Med nuvarande upplägg fortsatt ca 100 besök per månad. För ytterligare utökning behövs utbildningsinsatser och resurstillskott för metoden.</p> <p>DBT</p> <p>Ca 70 personer i behandling under första halvåret 2016, ca 1 000 DBT-besök. Någon ökning av antal besök förväntas. Fortsatt arbete med tillgänglighet och samordning.</p> <p>ERGT</p> <p>Har startat under hösten 2016. Ytterligare ökning planeras.</p>
<p><b>Ätstörningsvård</b></p> <p><i>Dagsjukvård- uppstart</i></p>	<p>Klar</p> <p>Har startat verksamheten efter flytt till lokaler gemensamma med BUP Ätstörningsvård i september 2016.</p>
<p><b>Traumabehandling</b></p>	<p>Klar</p> <p>Team för behandling, konsultation, handledning och undervisning har startat i september 2016.</p>

### **Barn- och ungdomspsykiatri**

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
<p>Psykiatriplan för BUP</p>	<p>Planeras</p> <p>I slutet av 2016 fattades beslut om psykiatriplan för BUP. Implementering sker 2017.</p>

### **5.2.3 Stärka första linjens förmåga att möta psykisk ohälsa**

#### **Vuxenpsykiatri öppenvård**

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
<p>Konsultationsmodellen</p>	<p>Pågår</p>
<p>Utbildningsdag PV - specialistpsykiatri</p>	<p>Planerad</p> <p>Planeras genomföras våren 2017.</p>

**Barn- och ungdomspsykiatri**

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Kartläggning av samarbete, funktion och kompetens BUP-Primärvård	Klar
Utarbetande av verksamhetsövergripande rutiner för remisshantering	Klar Start sker i januari 2017.
Samarbetsavtal med privat skolhälsovård	Pågår Beräknas vara klar våren 2017 men kompli- ceras av att det är flera privata parter.

- Det är inom förvaltningens upptagningsområde stora skillnader i BUP-verksamhetens samarbete med primärvården. Det är av yttersta vikt att detta förbättras och att ett bärkraftigt, lokalt samarbete utarbetas mellan lokal BUP, vårdcentraler, skolhälsovård och socialtjänst.
- Ett välfungerande samarbete bygger på att vi som specialistsjukvård är de som definierar specialistnivå på hälsoproblematiken. Dessvärre är det ofta så att BUP tvingas kompensera för en primärvård som har svårigheter med att ta sitt ansvar för mildare psykiatrisk problematik, något som givetvis medför risk för undanträngningseffekter och ökad väntetid.

**5.2.4 Uppfylla vårdgarantin**

NU-sjukvården följde veckovis under 2016 upp utveckling av väntande till förstabesök och behandling samt månadsvis detaljerad uppföljning avseende både nationella och regionala vårdgarantier. De ekonomiska ramarna var under året begränsade, vilket medförde att lägst prioriterad produktion inte kunde utföras i önskad omfattning och vårdgarantin har inte klarats.

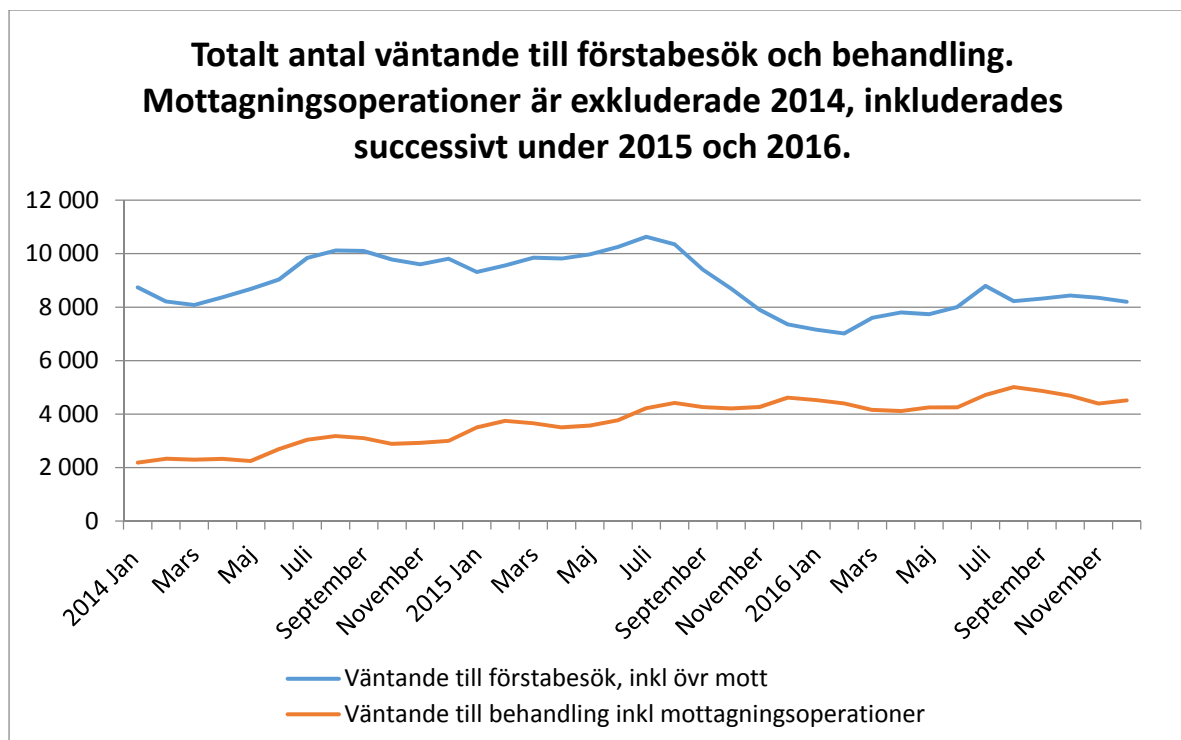
Avtal med vårdgivare för köp av garantivård med regionala medel fanns under året att tillgå inom ögonområdet samt delar av året inom ortopediområdet. Regionala medel har dessutom funnits för köp av utredningar inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Mätning och uppföljning av måluppfyllelse för förstabesök och behandling vårdgaranti (90 dagar) och 60 dagar gjordes veckovis under året i NU-sjukvården.

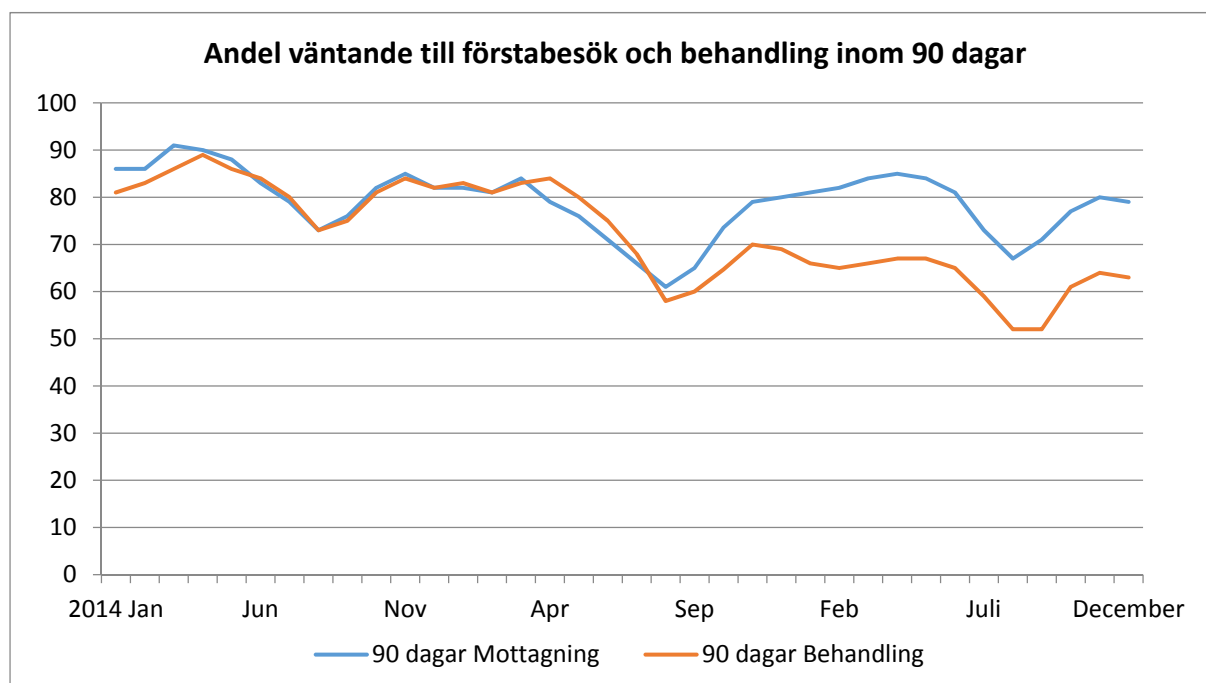
Under 2016 infördes nationellt 13 nya standardiserade vårdförlopp (SVF). Samtliga implementerades i NU-sjukvården och kunde följas upp i regionala cognosrapporter.

Väntande till förstabesök ökade under året från 7 161 till 8 202 patienter medan väntande till behandling ligger på samma nivå som i januari.





I december 2016 hade 79 procent av totalt antal väntande till förstabetesök väntat kortare tid än 90 dagar, vilket är en procentenhet sämre jämfört med december 2015. Till behandling var måluppfyllelsen 63 procent i december 2016 eller 6 procentenheters försämring jämfört med december 2015.



96 procent av utförda besök med välgrundad misstanke om cancer fick besöken utförda inom 14 dagar i december 2016. Genomsnittet för året blev 94 procent, vilket är två procentenheter bättre än föregående år.

Tillgängligheten till förstabetesök vid BUP-verksamheten försämrades under året. I december väntade 164 patienter (127 patienter 2015) på sitt förstabetesök. 76 procent av dessa hade väntat kortare tid än 30 dagar (78 procent i december 2015).

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Inrättande av Tillgänglighetskansli	Klar Samordnare för vårdgaranti, valfrihet och väntetider finns på ekonomienheten som samarbetar med kontaktpersoner per område/klinik.
Löpande arbete med att kontinuerligt se till att de som väntar på våra planeringslistor är aktivt väntande	Pågår Cognosrapporter för väntande till första besök och behandling kvalitetssäkras mot källsystemet ELVIS av väntetidsrapportörer som finns per klinik. Samordnaren på ekonomienheten gör stickprovskontroller och vänder sig vid behov till resp. väntetidsrapportör för besked om patient ska finnas kvar som aktivt väntande.
Arbeta aktivt i den regionala arbetsgruppen som koordinerar och planerar köp av vårdgarantivård	Klar Inköpscontroller och produktionscontroller ingår i regional arbetsgrupp.

### 5.2.5 Utveckla ett personcentrerat arbetssätt i hälso- och sjukvården

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
VGR-utbildning i personcentrerat arbetssätt med förändringsledare från NU-sjukvården samt med nyckelpersoner från 3 deltagande enheter i NU-sjukvården	Klar Sex personer har deltagit i GPCC:s utbildning. Projektledare har haft flera föreläsningar i ledningsgrupper/chefträffar för att ge en bakgrund och förståelse för PCA.
Införande av personcentrerat arbetssätt på tre pilotenheter	Pågår Inom område I: avdelningarna 42, Mäva 1 och Mäva 2.
Mätning av patientupplevelse	Pågår Baslinjemätning har genomförts på pilotavdelningarna genom fyra dimensioner (bemötande, tillgänglighet, information och delaktighet).
Införa personcentrerat arbetssätt på fler enheter på sjukhuset	Planerad En avdelning inom område II samt två inom område III är intresserade av att börja.

### 5.2.6 Förbättra akutvårdkedjan

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Införande av akutläkare	Pågår
Schemaändring medicinjourer för fler medicinläkare på akuten under mest belastade tider	Planeras Start hösten 2017.
Enkät patientupplevelse på akuten via TouchPoint	Klar
Personligt utformad information till patient på akut-mottagningen	Pågår
Patientmedverkan i processarbete	Planeras

### 5.2.7 Minska antalet vårdskador och antalet vårdrelaterade infektioner

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Genomföra markörbaserad journalgranskning (MJG) varje månad	Klar 20 st per månad inom somatisk vård. Påbörjat inom vuxenpsykiatri. Planerat inom barnkliniken.
Punktprevalensmätningar	Klar Andel patienter med trycksår: 18 procent (under 2015 uppgick andel patienter till 16 procent). Av dessa var 69 procent grad 1 och 31 procent grad 2-4. Andelen patienter med trycksår grad 2-4 var 5,6 procent. Andel patienter med vårdrelaterad infektion var 10,3 procent.
Riskbedömning trycksår och fallriskbedömningar	Klar Trycksår: andel riskbedömningar 78 procent måltal 95 procent. Fallrisk: andel fallriskvärderingar 72 procent, måltal 95 procent.

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
a. Beläggningsgrad b. Överbeläggningar c. Utlokaliseringar	a. Beläggningsgrad 96,31 procent, (måttal 90 procent) b. Överbeläggningar 4,8 per 100 vårdplatser c. Utlokaliseringar 0,9 per 100 vårdplatser Under hösten har ett arbete påbörjats inom medicinområdet för att undvika överbeläggningar, med färre registrerade överbeläggningar inom området som följd. Den sjukhusgemensamma vårdplatskoordinationen har fortsatt efter sommaren och utvecklas vidare inom projekt för att nå noll överbeläggningar i NU-sjukvården. På årsbasis har dock både överbeläggningarna och beläggningsgraden ökat medan statistiken visar en viss nedgång av utlokaliserade patienter.
Utskrivningsinformation läkemedel	Klar Läkemedel: andel patienter med läkemedelsberättelse, 58 procent (maj-december), måttal 75 procent. Start maj 2016.
Antal vårdskador (MJG + MCP)	Klar Andel vårdskador vid Markörbaserad journalgranskning: 9 procent, Antal vårdskador registrerade i MedControl PRO: 2 586 stycken, av dessa hade 414 stycken inträffat och 2 172 stycken hade kunnat inträffa.

Fördjupad redovisning återfinns patientsäkerhetsberättelsen för 2016, se bilaga 2.

## 5.2.8 Arbeta för en säkrare läkemedelsanvändning

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Införande av ny rutin för utskrivningsmeddelande inklusive läkemedelsberättelse. Förbättrad information till patient och andra vårdgivare.	Klar Ny rutin implementerades under året, mottagandet var varit gott och användningen har tydligt ökat jämfört tidigare rutin.  Då internt omflyttade patienter och avlidna ingår i statistiken kan inte 100 procent uppnås.
Införande av slutenvårdsdos	Pågår Under kvartal två 2017 planeras införandet av dosdispensering av läkemedel inom slutenvården. Förväntningarna är en ökad kvalitet avseende läkemedelsdelningar till patient samt frigjord tid för bland annat sjuksköterskor och därmed minskat beroende av bemanningsföretag.

## 5.2.9 Skapa ett sammanhållet vårdssystem

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Personcentrerat arbetssätt	Pågår Se punkt 5.2.5
SVF (standardiserade vårdförlopp)	Klar 18 förlopp igång enligt plan för 2016.
Sjukhusgemensam vårdplatskoordinering	Klar Är igång sedan sommaren 2016.

## 5.3 Produktion

### 5.3.1 Sammanvägda prestationer

Sammanvägda prestationer	Utfall 2016	Budget 2016	Utfall 2015	Avvikelse utfall/budget 2016 (procent)
Slutenvård	42 719	40 219	42 954	6,2 %
Slutenvård, ytterfall	3 163	7 735	2 391	-59,1 %
Summa slutenvård	45 882	47 954	45 345	-4,3 %
Öppenvård <sup>1/</sup>	33 198	34 220	34 011	-3,0 %
Summa antal sammanvägda prestationer	79 080	82 174	79 357	-3,8 %

1/ I uppgifterna ingår produktion vid lokalsjukhusen januari-mars 2015, redovisade i NU-sjukvården.

År 2016 låg NU-sjukvårdens produktion av slutenvård 6,2 procent över budget. Produktionen i form av antal ytterfall var avsevärt högre än fjolårets. Antalet ytterfall blev 59,1 procent under budget, orsaken till den stora negativa avvikelsen var en felaktigt budgeterad volym.

Den somatiska vården, framför allt kvinnokliniken, producerade över plan. NU-sjukvården utförde rekordmånga förlossningar, 3 652 jämfört med 3 509 föregående år. Case mix index (CMI) blev hög, vårdtillfällena inom bland annat medicinområdet var mer vårdkrävande. Psykiatriens vårddagar understeg budget.

Öppenvårdsproduktionen var 3,0 procent under budget, både läkarbesök och övriga besök avvek negativt. På grund av att Barn- och ungdomspsykiatri under året anpassade sin registrering till gällande regelverk, minskade antalet registrerade patientbesök. Psykiatri behövde både rekrytera och utbilda personal. Vuxenpsykiatri avvek negativt både inom övriga besök och läkarbesök. Även ortopedin producerade färre läkarbesök än de budgeterade.

Tillgången till operationssalar var begränsad bland annat på grund av bristen på personal på operationsenheterna. Antalet mottagningsoperationer ökades.

Totalt utfall av de sammanvägda prestationerna avvek negativt både mot 2016 års budget och mot utfall år 2015.

I nedanstående tabell framgår detaljerad produktion.

Produktion, inom- och utom-regional	Utfall 2016	Budget 2016	Avvikelse utfall/budget	Avvikelse utfall/budget %
<b>Slutenvård enligt DRG</b>				
Vårdtillfällen	38 352	36 581	1 771	4,8 %
Poäng	36 726	34 107	2 619	7,7 %
<b>Öppenvård</b>				
Besök	424 276	434 079	-9 803	-2,3 %
<b>Sammanvägda prestationer</b>	79 080	82 174	-3 094	-3,8 %
<b>CMI</b>	0,958	0,932	0,025	2,7 %

Under 2016 ändrade BUP-verksamheten sin registreringspraxis utifrån att gällande regelverk inte följdes. Detta medförde initialt en samlad reduktion av registrerade prestationer på 35 procent men bidrog även till att Socialstyrelsen ändrade sitt regelverk och sedan 2016-10-01 registreras enligt nytt nationellt regelverk.

### 5.3.2 Intern produktion och externa köp inom "PK-modellen"

PK-redovisningen för 2016 visar att egen produktion för både besök och behandling hamnade över plan för de flesta områden. För besök ögon nådde man inte upp i plan främst beroende på arbete med uppgiftsväxling, där sjuksköterskor utför en större andel av förstabesöken. Med dessa medräknade överträffades målet. För behandling gynekologi hamnade utfallet under plan, vilket framförallt beror på minskad tillgång till operationssalsutrymme under 2016.

Köp av vård följer i princip den tilldelning som regionen gett NU-sjukvården under 2016.

Nedanstående tabell visar skickade betalningsförbindelser, då någon plan per månad inte lagts under 2016.

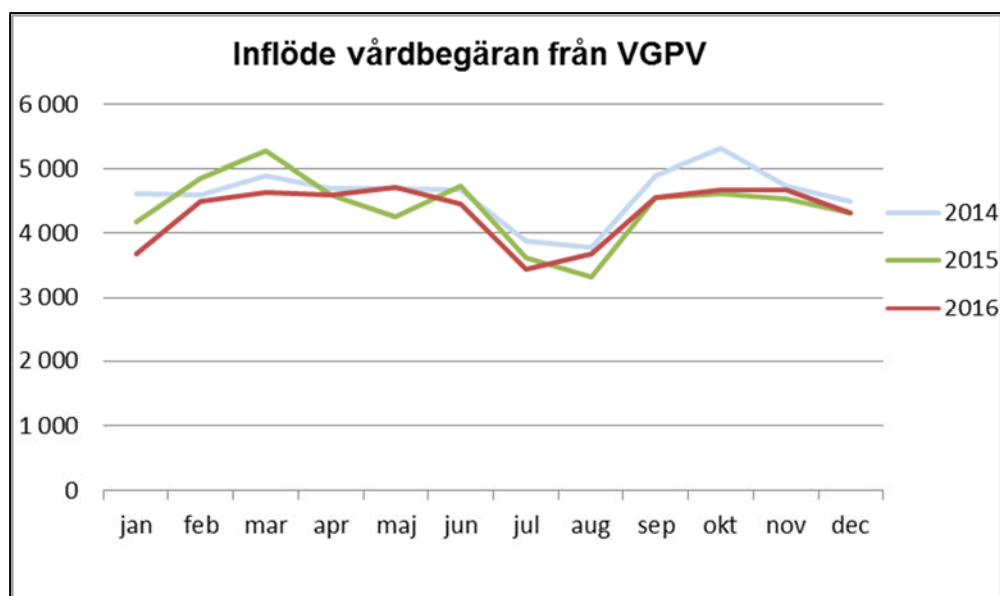
## Sammanställning PK-modellen

December 2016	Ingående differens plan/utfall december			Utgående differens plan/utfall december		
	Egen pro- duktion	Köp	Summa	Egen pro- duktion	Köp	Summa
<b>Förstabetesök</b>						
Ortopedi	-108	278	-107	-122	373	251
Ögon	-807	990	-392	-853	1 080	227
Allmänkirurgi	-220	0	-220	-174	0	-174
Urologi	695	0	695	853	0	853
Hud	-74	0	-74	-18	0	-18
Gyn	408	0	408	563	0	563
ÖNH	179	0	179	297	0	297
<b>Summa</b>	<b>74</b>	<b>1 268</b>	<b>490</b>	<b>546</b>	<b>1 453</b>	<b>1 999</b>
<b>Behandling</b>						
Ledprotes	10	0	10	15	0	15
Rygg	-4	0	-2	0	0	0
Övrig ortopedi	61	0	61	81	0	81
Grå Starr	-17	0	311	-5	0	-5
Övrig ögon	1 205	0	1 264	1 326	0	1 326
Allmänkirurgi	81	0	81	116	0	116
Urologi inkl prostata	493	0	493	559	0	559
Gyn	-484	0	-484	-505	0	-505
ÖNH	97	0	97	126	0	126
<b>Summa</b>	<b>1 442</b>	<b>0</b>	<b>1 831</b>	<b>1 713</b>	<b>0</b>	<b>1 713</b>

## 5.3.3 Inflödet

Remissinflödet från Västra Götalandsregionens vårdval VG Primärvård (VG PV) minskade med 1,8 procent under 2016. Inflödet av remisser/vårdbegäran till sjukhuset minskade som förväntat efter att verksamheten på lokalsjukhusen övergått till Praktikertjänst AB i april 2015. Under månaderna maj-december 2016 ökade inflödet återigen med 1,6 procent jämfört med föregående år.

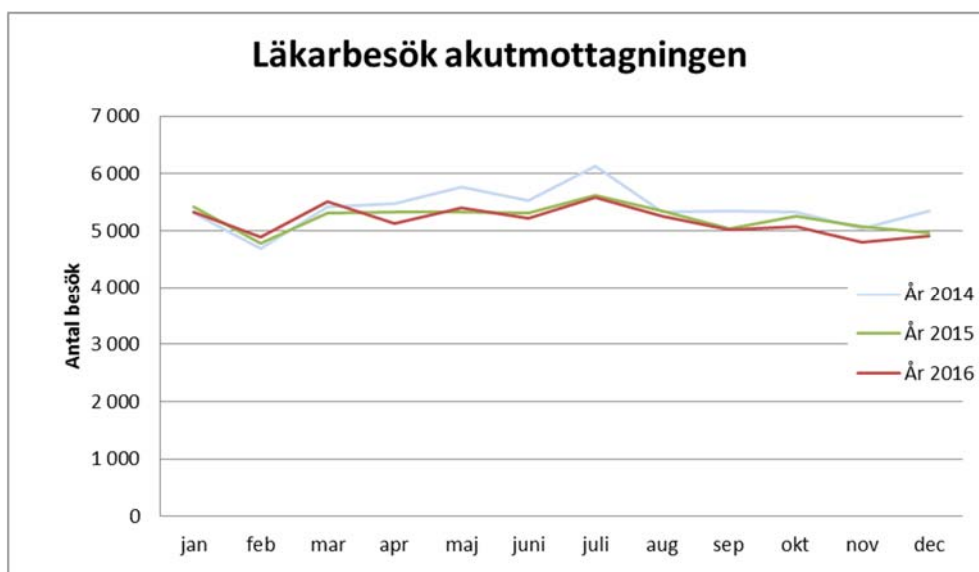
Diagram: Inflöde vårdbegäran från VGPV år 2014-2016



Inflödet till akuten minskade med 1,0 procent jämfört med 2015 om akuta ögonbesök räknas in på akuten 2015. Efter flytten av akuten från Uddevalla sjukhus till NÄL i november 2015 går numera allt akut inflöde inom ögonspecialitet till ögonklinikens egen mottagning på Uddevalla sjukhus och räknas därefter inte in i akutens statistik. Om hänsyn tas till redovisningsförändringen av ögonbesöken ökade inflödet till akuten (exklusive ögonbesök) med 1,0 procent.

Antal akutbesök som leder till inskrivning i slutenvård minskade med 5,2 procent jämfört med föregående år. Inom specialiteterna kirurgi och medicin ökade inflödet jämfört med föregående år medan inflödet till ortopedi minskade.

Diagram: Läkarbesök akutmottagningen (NÄL och Uddevalla) 2014-2016



### 5.3.4 Beläggning

Sjukhusets genomsnittliga beläggningsgrad 2016 uppgick för den somatiska vården till 97,7 procent (97,2 procent för 2015) och för den psykiatriska vården till 91,2 procent (86,7 procent för 2015). Det regionala målet är 90-procentig beläggningsgrad.

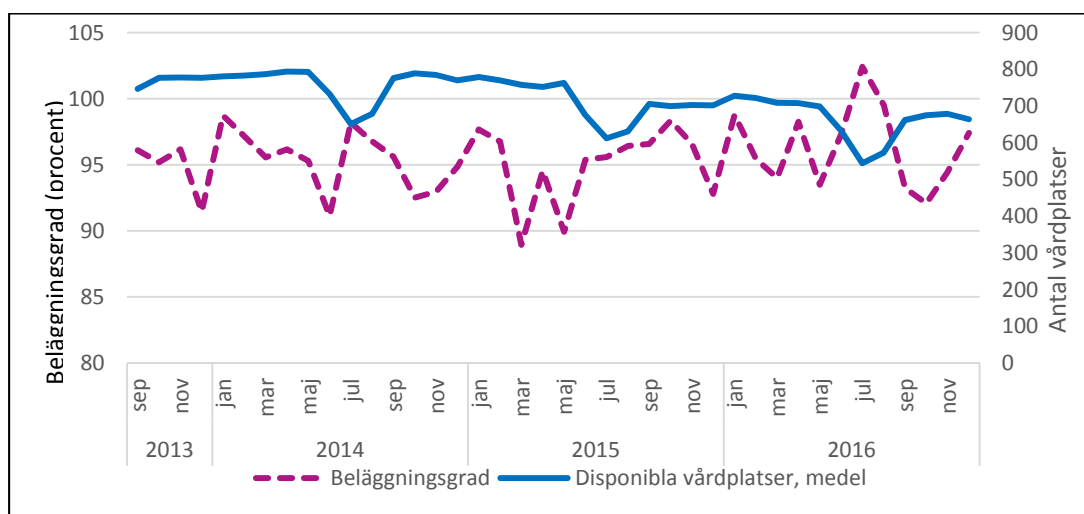
Sjukhusets genomsnittligt disponibla vårdplatser uppgick till 666 år 2016 mot 712 året före, dvs en minskning med 46 vårdplatser. Vårdplatserna minskade som mest med 68 under juli månad jämfört med samma månad år 2015.

Den stora minskningen av vårdplatser resulterade i att den genomsnittliga beläggningsgraden höjdes från 94,9 för 2015 till 96,3 för 2016. Högst beläggningsgrad med 102,4 inträffade under juli.

Minskningen av vårdplatser och den höga beläggningsgraden påverkades till stora delar av bemanningsproblematiken. Vakanta sjukskötersketjänster och svårigheter att bemanna slutenvården ledde till neddragningar av vårdplatser. Vårdplatser stängdes även som planerad åtgärd för att nå ekonomi i balans. Sommarmånaderna var mycket ansträngda men förbättrades något av att samarbetet med kommunerna fungerade bättre än tidigare och bidrog till en bättre vårdplatssituation.



Diagram: Beläggingsgrad och disponibla vårdplatser, medel per månad, september 2013-december 2016.

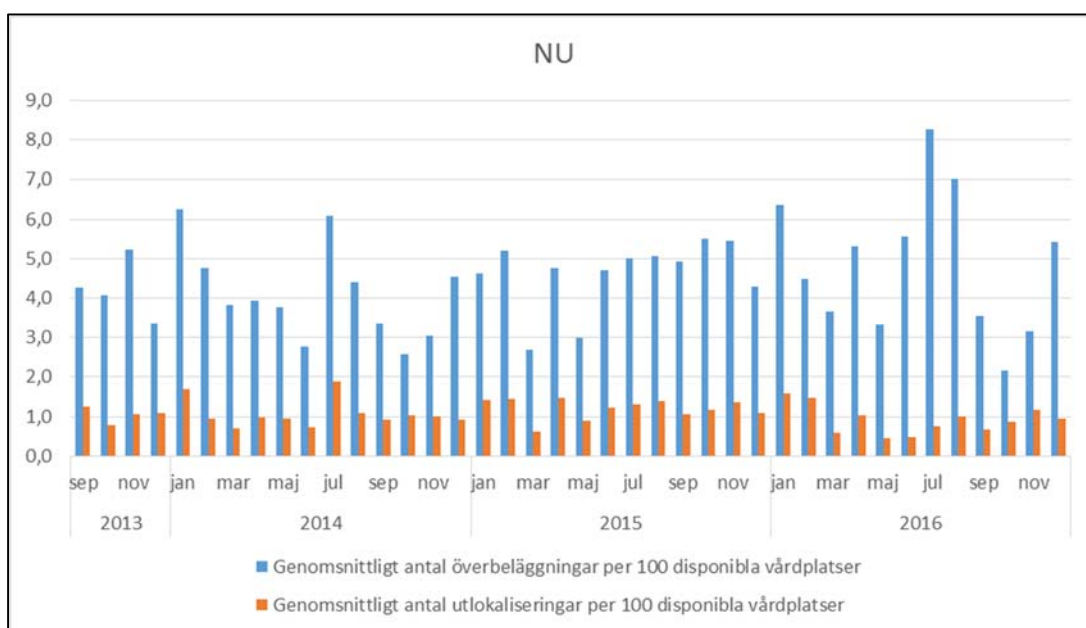


Antalet totala överbeläggningar minskade med 2 procent jämfört med 2015. På grund av färre vårdplatser medförde det ändå en höjning per 100 disponibla vårdplatser. Överbeläggningarna låg på en mycket hög nivå under juli och augusti.

Antalet utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser var 28 procent färre 2016 än föregående år. Antalet har legat på en relativt jämn nivå under året med toppar under sommaren och julhelg.

På grund av NU-sjukvårdens organisation med många kliniker inom område I, var flertalet utlokaliseringar lånade sängplatser mellan kliniker inom området.

Diagram: Genomsnittligt antal överbeläggningar respektive genomsnittligt antal utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser, september 2013-december 2016.



## 6. En attraktiv arbetsgivare

### 6.1 Prioriterade mål

#### 6.1.1 Möjligheterna till karriär- och kompetensutveckling ska förbättras

NU-sjukvården arbetar vidare med att implementera karriärutvecklingsmodellen för sjuksköterskor. Förvaltningen deltar i regionens arbete för att ta fram karriärutvecklingsmodeller för ytterligare yrkesgrupper. En koppling mellan lönebildning och karriärutvecklingsmodellen gör att möjligheten till lönekarriär synliggörs.

Förvaltningen utgår ifrån att nå målet när det gäller utvecklingssamtal och individuella kompetensutvecklingsplaner.

#### 6.1.2 Arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska

Arbete pågår för att nå måltalet, antal underställda 10-35. I december 2016 var det 51 procent av cheferna som har underställda medarbetare inom spannet 10-35.

Verksamheterna arbetar med framtagna handlingsplaner utifrån resultatet från medarbetarenkäten. HR och företagshälsovården är delaktiga som stöd i arbetet.

NU-sjukvården deltar i Mobiliseringsinitiativet, där 16 chefer gått utbildning i Hälsofrämjande Ledarskap och Medarbetarskap. Cirka 700 medarbetare har screenats för att mäta stress och utmattningsnivå. Arbetet kommer att fortsätta med att utbilda chefer under 2017.

Sjukfrånvaron uppgick till drygt 7 procent jämfört med måltalet 6 procent för 2016. Arbetet fortgår med handlingsplanen för minskad sjukfrånvaro, där NU-sjukvården bland annat deltar i Mobiliseringsinitiativet som har lett till hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter på arbetsplatserna. Under hösten 2016 började långtidssjukfrånvaron att minska. Korttidssjukfrånvaron var något lägre än föregående år.

### 6.2 Fokusområden

#### 6.2.1 Satsa på ledarskap

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Fortsätta arbetet med Medarbetarskap & Ledarskap genom att ge chefer fler verktyg och faciliteringsstöd för att arbeta med grupputveckling och kommunikation	Pågår Mål delvis uppfyllt, ett långsiktigt arbete som fortsätter.
Erbjuda chefer utbildning enligt handlingsplan för minskad sjukfrånvaro	Klar Mål uppfyllt.

#### 6.2.2 Stimulera uppgiftsväxling och nya arbetssätt

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Ge verktyg och stöd till chefer i arbetet med uppgiftsväxling	Klar Mål uppfyllt. Ett långsiktigt arbete som fortsätter.
Inventera och sprida goda exempel inom NU-sjukvården	Klar Mål uppfyllt. Ett långsiktigt arbete som fortsätter.

### 6.2.3 Utveckla modellen för lönekarriär och kompetensutveckling

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Använda den nya karriärutvecklingsmodellen för sjuksköterskor	Klar Mål delvis uppfyllt.
Stödja chefer att sammanfoga karriärutvecklingsmodellen med lönekriterier	Pågår Aktivitet påbörjad.
Vara delaktig i regionens arbete att utveckla karriärutvecklingsmodeller för andra yrkesgrupper	Klar Mål uppfyllt.

### 6.2.4 Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och pröva arbetstidsmodeller

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Fortsätta arbetet med effektiv bemanning i syfte att skapa en tydlig målsättning och rutin för individuell schemaplanering baserat på verksamhetens behov.	Pågår Mål delvis uppfyllt. Arbete fortsätter.

### 6.2.5 Utveckla ett målmedvetet, strukturerat och hälsofrämjande arbete för minskad sjukfrånvaro

Aktivitet	Utfall 2016-12-31
Genomföra NU-sjukvårdens handlingsplan för minskad sjukfrånvaro genom att bland annat: Utveckla och stärka chefsrollen	Klar Mål uppfyllt enligt plan, chefer har gått utbildning i Hälsofrämjande ledarskap och medarbetarskap.
Ta tillvara och lära av goda exempel	Klar Mål uppfyllt. Information och dialog på chefsdagar och klinikledning.
Stärka samarbetet med Hälsan & Arbetslivet	Klar Mål uppfyllt. Dialog har förts med Hälsan och Arbetslivet.
Utveckla stöd för det förebyggande arbetet	Klar Mål uppfyllt. Arbetsmiljöutbildning (AFS Organisatorisk och social arbetsmiljö) för chefer och skyddsombud har genomförts.  En digital checklista för skyddsronder angående arbetsmiljö, miljö och brand och säkerhetsfrågor har gjorts för att underlätta vid skyddsronder.

## 6.3 Lönestruktur

Avsnittet rapporterades i delårsbokslut mars 2016. Ingen redovisning sker i årsredovisningen.

## 6.4 Chefsförutsättningar

I NU-sjukvårdens genomförande av ”normaltal” ingår att prioritera införandet utifrån i vilken fas verksamheterna befinner sig i, med hänsyn till personalomsättning, sjukfrånvaro och planerade organisationsförändringar. Arbetet har i första hand startat i de verksamheter som har de största personalgrupperna och vid naturlig avgång. NU-sjukvården ser detta som ett långsiktigt arbete och ett lärande som ger oss erfarenheter efter hand inom ett längre tidsperspektiv.

Andelen chefer, som har 10-35 underställda medarbetare var 51 procent, jämfört med 2015 då det var 50 procent (se tabell nedan). År 2014 var det 46 procent av cheferna som hade 10-35 underställda.

En minskning av antal chefer under 2016 skedde i grupperna ”underställda över 75 medarbetare”. Ytterligare minskning av chefer i dessa grupper kommer att ske efter årsskiftet.

Dec 2016 Antal direkt underställda medarb.	Verksamhetsnivå B		Enhetsnivå C		Totalt antal chefer
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
1-9	5	3	5	3	16
10-35	5	10	50	17	82
36-50	4	0	19	11	34
51-75	1	1	19	4	25
76-100	0	0	2	0	2
101-	0	0	1	0	1
Totalt antal chefer	15	14	96	35	160

Dec 2015 Antal direkt underställda medarb.	Verksamhetsnivå B		Enhetsnivå C		Totalt antal chefer
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
1-9	5	3	8	4	20
10-35	10	8	47	15	80
36-50	0	0	25	10	35
51-75	2	1	15	3	21
76-100	0	0	3	0	3
101-	0	0	2	0	2
Totalt antal chefer	17	12	100	32	161

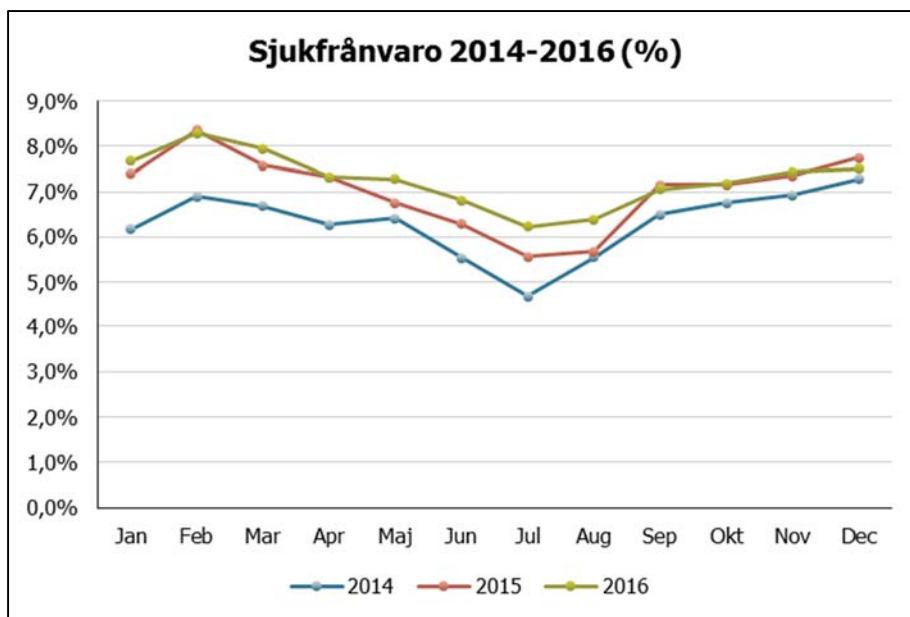
Antal direkt underställda medarb.	Verksamhetsnivå B		Enhetsnivå C		Jmf 2016 med 2015, Förändring antal chefer
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	
1-9	0	0	-3	-1	-4
10-35	-5	2	3	2	2
36-50	4	0	-6	1	-1
51-75	-1	0	4	1	4
76-100	0	0	-1	0	-1
101-	0	0	-1	0	-1
Förändring antal chefer	-2	2	-4	3	-1

## 6.5 Sjukfrånvaro

Den ackumulerade sjukfrånvaron var något högre än föregående år, 7,2 procent (2016) jämfört med 7,0 procent (2015). Det är en ökning med 0,2 procentenheter. I jämförelse med 2014 är det en ökning med 0,9 procentenheter.

Den långa sjukfrånvaron ökade med 0,3 procentenheter under 2016, jämfört med 2015. Under hösten skedde det en viss förändring, då den långa sjukfrånvaron minskade varje månad.

Korttidssjukfrånvaron och den medellånga sjukfrånvaron minskade något under 2016 jämfört med 2015.



Den totala sjukfrånvaron motsvarar i genomsnitt 335 heltidstjänster som är frånvarande varje månad på grund av sjukdom. Av dessa 335 tjänster är det i genomsnitt 170 heltidstjänster per månad som har varit frånvarande på grund av sjukdom över 60 dagar. Uppgiften kan jämföras med delårsrapporten i augusti, då det i genomsnitt var 200 heltidstjänster som var borta på grund av långtidssjukfrånvaro.

Nedbrutet i de stora yrkesgrupperna, omräknat till heltidstjänster, är det cirka 120 sjuksköterskor/barnmorskor, cirka 110 undersköterskor och cirka 25 läkare som i genomsnitt är frånvarande varje månad på grund av sjukdom.

Ack sjukfrånvaro % uppdelat per yrkesgrupp	2016	2015	2014	2013
A Sjuksköterskor, barnmorskor	7,6%	7,5%	6,8%	6,3%
B Undersköterskor m.fl.	9,6%	9,5%	8,5%	8,0%
C Läkare	3,8%	2,8%	2,4%	2,7%
D Tandläkare	0,7%	1,1%	2,1%	0,5%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	7,7%	9,0%	12,3%	5,6%
F Administratör, vård	7,6%	6,0%	5,7%	6,1%
G Rehabilitering och förebyggande	7,0%	7,0%	6,2%	5,1%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	4,8%	5,6%	3,7%	2,8%
I Utbildning, kultur och fritid	12,8%	12,6%	4,7%	3,8%
J Teknik, hantverkare	8,1%	4,9%	5,3%	2,9%
K Kök, städ, tvätt	8,9%	6,2%	6,0%	8,8%
L Administration	5,9%	5,6%	5,6%	4,6%
<b>Total sjukfrånvaro</b>	<b>7,2%</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,3%</b>	<b>5,8%</b>

Personalvårdsronder och handlingsplaner gjordes under året på flera arbetsplatser tillsammans med Hälsan och arbetslivet. Detta gjordes för att bland annat fånga in personer i riskzonen för sjukskrivningar eller i behov av annat stöd.

NU-sjukvården deltar i mobiliseringsinitiativet och har utbildat chefer i Hälsofrämjande Ledarskap och Medarbetarskap. Syftet är att förbättra arbetsmiljö och arbetsklimat och därmed förebygga sjukskrivningar. Cirka 700 medarbetare har screenats, där man mätt stress och utmattningsnivå samt förväntningar i förhållande till arbetssituationen. Enkäten ger resultat både på grupp- och individnivå. I genomgången upptäcktes 31 medarbetare som var i riskzonen för sjukskrivning. Förebyggande behandling sattes in via Hälsan och arbetslivet. Chefer fick stöttning i arbetet med förbättringsområden och friskfaktorer.

En elektronisk checklista för skyddsronder har tagits fram och integrerats med frågor angående arbetsmiljö, miljö, säkerhet och brand. I denna checklista finns bland annat ”mjuka frågor” som kopplar till mot föreskriften ”AFS 2015:4 Organisatorisk och social arbetsmiljö” som började att gälla från mars 2016.

Medvetenheten bland cheferna kring vikten av att arbeta med rehabilitering och arbetsmiljö är hög. Exempel på olika insatser, är att involvera Hälsan och arbetslivet tidigt i rehabiliteringsprocessen. Flera arbetsplatser har anlitat faciliteringsstöd vid utvecklingsdagar utifrån olika teman så som ”Kommunikation och feedback”, ”Arbetsglädje och stolthet” samt ”Från grupp till team”. Cheferna använder sig av Medarbetarskap och ledarskap och vissa verksamheter har valt att arbeta med ledningsgruppen i syfte att stärka ledarskapet och förbättra arbetsmiljön.

## 6.6 Personalvolym, personalstruktur och personalkostnadsanalys

### 6.6.1 Utvecklingen av nettoårsarbetare

I december 2016 uppgick antalet nettoårsarbetare till 4 341, en ökning med 14 nettoårsarbetare vid jämförelse med december 2015 (se tabell nedan). Antalet tillsvidareanställda minskade med 7, visstidsanställda ökade med 14 och timanställda ökade med 7 nettoårsarbetare.

Minskningen av nettoårsarbetare i yrkesgruppen ”F Administratör vård”, berodde till stor del på en ändring av kategorikodning av chefer, där en överflyttning skedde till yrkesgruppen ”L Administration”. I gruppen ”G Rehabilitering och förebyggande” skedde en ökning av nettoårsarbetare, framförallt av kuratorer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Nettoårsarb./yrkesgrupp	Nettoårsarb. dec 2016	Nettoårsarb. dec 2015	Förändring antal	Förändring procent
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 372,9	1 397,9	-25,0	-1,8%
B Undersköterskor m.fl.	1 134,6	1 118,8	15,8	1,4%
C Läkare	616,6	605,8	10,8	1,8%
D Tandläkare	4,0	5,0	-1,0	-20,0%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	7,7	6,9	0,8	10,9%
F Administratör, vård	300,8	319,5	-18,7	-5,9%
G Rehabilitering och förebyggande	296,8	274,8	22,0	8,0%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	175,3	181,3	-5,9	-3,3%
I Utbildning, kultur och fritid	11,0	10,2	0,8	7,7%
J Teknik, hantverkare	21,4	24,8	-3,4	-13,8%
K Kök, städ, tvätt	20,8	24,6	-3,8	-15,4%
L Administration	379,8	358,6	21,3	5,9%
<b>Total</b>	<b>4 341,7</b>	<b>4 328,2</b>	<b>13,5</b>	<b>0,3%</b>

Minskningen fortsätter när det gäller yrkesgruppen sjuksköterskor och barnmorskor (se tabell nedan). Det är 25 färre nettoårsarbetare jämfört med december 2015. I jämförelse med december 2014 är det 90 nettoårsarbetare färre i yrkesgruppen sjuksköterskor och barnmorskor. Det är framförallt allmänsjuksköterskor som ingår i yrkesetiketten ”206090 Sjuksköterska, annan” som fortsätter att minska.

Medåldern för sjuksköterskor minskade från 47 år (december 2013) till 41 år (december 2016). Denna förändring av medåldern påverkar också antal nettoårsarbetare, eftersom föräldradledigheten ökar bland sjuksköterskorna. Det är ca 155 sjuksköterskor i genomsnitt som är frånvarande varje månad, jämfört med 2015 så ligger det på samma nivå. Görs en jämförelse med 2013, så är det en ökning med i snitt 25 stycken per månad, som är borta på grund av föräldradledighet.

Sjuksköterskor, uppdelat yrkesetikett, nettoårsarb.	2016	2015	Förändring jmf 2016 med 2015
206010 Anestesisjuksköterska	67,3	60,2	7,0
206012 Psykiatrisjuksköterska	179,2	179,2	0,0
206013 Ambulanssjuksköterska	162,9	157,2	5,7
206014 Sjuksköterska, handikapp- och äldreomsorg	0,8	0,0	0,8
206015 Intensivvårdssjuksköterska	59,3	63,8	-4,5
206016 Operationssjuksköterska	52,4	54,5	-2,1
206017 Sjuksköterska, medicin/kirurgi	1,0	0,0	1,0
206018 Sjuksköterska, barn	37,6	39,8	-2,1
206021 Sjuksköterska, annan specialinriktning	69,9	81,1	-11,2
206023 Sjuksköterska, specialfunktion	68,7	58,7	9,9
206090 Sjuksköterska, annan	566,5	590,0	-23,5
206510 Röntgensjuksköterska	39,9	44,4	-4,5
205010 Barnmorska, vårdavdelning	67,4	68,9	-1,4
<b>Summa</b>	<b>1 372,9</b>	<b>1 397,9</b>	<b>-25,0</b>

Antal avgångar (till annan förvaltning eller helt externt) i sjuksköterskegruppen var i princip oförändrat jämfört med 2015 men högt i jämförelse med 2013 (se tabell nedan).

I antal avgångar för 2016 ingår 8 uppsägningar (1 barn-, 6 allmän-, 1 röntgensjuksköterska/or) som är kopplade till verksamhetsövergången från lokalsjukhusen till Praktikertjänst AB i april 2015. Det var flera medarbetare som valde att vara tjänstlediga från NU-sjukvården från april 2015 till och med mars 2016, då de valde att säga upp sig. Under 2015 var det 7 sjuksköterskor som ingick i antal avgångar i samband med verksamhetsövergången.

Antal avgångar för allmän sjuksköterskor ”206090 Sjuksköterska annan” var i princip på samma nivå som 2015 och 2014. Många av dessa sjuksköterskor som slutar har haft sin anställning på någon vårdavdelning. Det är framförallt ortopedkliniken och akutmedicinkliniken som har en mycket hög personalomsättning på cirka 30 procent respektive cirka 20 procent på allmän sjuksköterskor. Även kirurgkliniken har en hög personalomsättning under 2016, på cirka 17 procent.

Ett pilotprojekt 80:10 kommer att starta under våren 2017 på delar av ortopedkliniken. Det innebär att en sjuksköterska med heltidstjänst arbetar 80 procent med vård av patienter, medan 20 procent av arbetstiden schemaläggs för kompetensutveckling och personlig reflektion. Syftet med projektet är det ska bli en bättre arbetsmiljö samt på det sättet minska personalomsättningen och attrahera sjuksköterskor att söka lediga tjänster på ortopedavdelningarna 52 och 55.

NU-sjukvården har en nollvision mot överbeläggningar. Överbeläggningar leder till försämrad vårdkvalitet, risk för vårdskador och dålig arbetsmiljö. I synnerhet område I arbetar med att få en bättre arbetsmiljö för medarbetarna på vårdavdelningarna och indirekt minska personalomsättningen bland allmänsjuksköterskor. En intern bemanningsservice för sjuksköterskor är också under uppbyggnad inom område I och syftet är att kunna bemanna vårdavdelningar under kortare perioder vid frånvaro av ordinarie personal.

Antal avgångar, annan förvaltning eller helt externt, tv.anst,	2016	2015	2014	2013
206010 Anestesijuksköterska	2	6	1	2
206012 Psykiatrisjuksköterska	22	16	7	7
206013 Ambulanssjuksköterska	17	11	17	10
206015 Intensivvårdssjuksköterska	7	7	9	7
206016 Operationssjuksköterska	5	6	3	3
206018 Sjuksköterska, barn	7	4	7	3
206021 Sjuksköterska, annan specialinriktning	7	16	13	13
206023 Sjuksköterska, specialfunktion	8	3	4	1
206090 Sjuksköterska, annan	94	97	94	46
206510 Röntgensjuksköterska	4	5	5	5
205010 Barnmorska, vårdavdelning	8	4	3	5
<b>Totalt</b>	<b>181</b>	<b>175</b>	<b>163</b>	<b>102</b>

Läkargruppen ökade med 10 nettoårsarbetare jämfört med december 2015. Det är i yrkesetiketten ”204090 Läkare ej legitimerad, annan” som den största ökningen skedde i nettoårsarbetare. I denna etikett ingår underläkare som inte är legitimerade ännu. De är visstidsanställda i väntan på AT-tjänst eller i väntan på läkarlegitimationen. Det finns ett flertal visstidsanställda läkare som kommer från annat land och som kompletterar sin utbildning för att få en svensk legitimation. I ovan yrkesetikett ingår även tillfälligt anställda läkarassistenter och medicine studerande som ökade jämfört med samma period förra året.

Den genomsnittliga ökningen 2016 för läkargruppen är cirka 16 (netto) per månad (se personalkostnadsanalys sidan 32). Det är ST-läkarna som ökat med cirka 9 nettoårsarbetare i snitt per månad. Nio läkare har utlandsrekryterats under 2016. Dessa har anställts som ST-läkare och har påverkat ökningen av denna grupp. Ambitionen är att kraftigt minska användandet av bemanningsläkare.

Läkare, uppdelat yrkesetikett, nettoårsarb.	2016 dec	2015 dec	Förändring jmf 2016 med 2015
201010 Överläkare	262,8	264,1	-1,3
201011 Distriktläkare/Specialist allmänmedicin	0,0	0,1	-0,1
202010 Specialistläkare	76,8	72,6	4,3
203010 Läkare legitimerad, specialiseringstjänstgöring	158,3	156,1	2,2
203090 Läkare legitimerad, annan	8,0	16,2	-8,2
204010 Läkare ej legitimerad, allmäntjänstgöring	83,7	79,6	4,1
204090 Läkare ej legitimerad, annan	27,0	17,2	9,8
<b>Summa</b>	<b>616,6</b>	<b>605,8</b>	<b>10,8</b>

Det finns 55 olika läkarspecialiteter i regionen och inom NU-sjukvården är det cirka 35 olika läkarspecialiteter som ryms inom läkargruppen.

Nedanstående tabeller visar de tio läkarspecialiteter som ökat respektive minskat mest i antal nettoårsarbetare, jämfört med 2015.



Läkarspecialitet, nettoårsarb., (ökat antal nettoårsarb)	2016 dec	2015 dec	Förändring jmf 2016 med 2015
10500 Obstetrik och gynekologi	36,44	31,82	4,63
99101 Akutsjukvård	7,60	3,00	4,60
20101 Kardiologi	18,39	15,15	3,24
10400 Anestesi- och intensivvård	52,47	49,50	2,97
70100 Neurologi	11,43	8,50	2,93
30103 Neonatologi	3,60	1,25	2,35
20200 Geriatrik	8,06	6,02	2,04
50103 Klinisk fysiologi	7,96	6,17	1,79
80200 Onkologi	2,00	1,00	1,00
80100 Allmänmedicin	1,02	0,08	0,94

Läkarspecialitet, nettoårsarb., (minskat antal nettoårsarb)	2016 dec	2015 dec	Förändring jmf 2016 med 2015
30102 Barn- och ungdomsneurolog	1,00	2,00	-1,00
60300 Klinisk kemi	1,00	2,00	-1,00
20104 Medicinska njursjukdomar	3,88	5,50	-1,63
20103 Endokrinologi och diabetolog	5,80	7,80	-2,00
40200 Barn- och ungdomspsykiatri	6,50	9,25	-2,75
80700 Reumatologi	3,30	6,15	-2,85
40100 Psykiatri	41,97	45,57	-3,60
80300 Infektionssjukdomar	18,43	22,09	-3,66
30100 Barn- och ungdomsmedicin	27,41	31,24	-3,83
20100 Internmedicin	41,26	47,82	-6,57

### Bemanningsföretag

Kostnader för bemanningsföretag, tkr	Utfall 2016	Prognos augusti 2016	Utfall 2015
Läkare	44 128	39 000	56 366
Sjuksköterskor	41 903	34 000	31 981
Övriga	0	0	34
<b>Totalt</b>	<b>86 031</b>	<b>73 000</b>	<b>88 381</b>

Under 2016 användes bemanningsföretag vid brist på specialistläkare inom neurologi-, gastro-, hematologi-, hud-, lung-, kardiologi- och internmedicin inom område I.

Bild- och funktionsmedicin köpte in röntgenläkare och patologen anlätade patologer och ortopederna behövde köpa in ryggspecialist.

Barn- och ungdomspsykiatri anlätade barnpsykiater under hösten 2016.

En minskning skedde av bemanningläkare jämfört med 2015 men ett fortsatt behov föreligger. Kostnaden för bemanningläkare uppgick till 70 mnkr 2014.

Bemanningsköterskor användes på grund av svårigheten att rekrytera sjuksköterskor. Störst behov hade Område I (medicin- och akutverksamheterna). Det var framförallt allmän sjuksköterskor som köptes in till akuten och flera vårdavdelningar på neuro rehab, specialistmedicin, kardiologi och akutmedicin. Även vårdavdelningarna på ortopedi och kirurgi behövde köpa in bemanningssköterskor. På område III anlätades röntgensköterskor och under hösten användes bemanningssköterskor på neonatalavdelningen samt på vuxenpsykiatrisk vårdavdelning.

En ökning skedde av bemanningssköterskor under 2016 med en ökad kostnad med 10 mnkr jämfört med 2015. I jämförelse med 2014 ökade kostnaden med 27 mnkr.

### 6.6.2 Uppgiftsväxling

Uppgiftsväxlingen ses som en nyckelfaktor för att klara framtida kompetensförsörjning. Vi arbetar med att benchmarka goda exempel, både internt och externt. Uppgiftsväxlingen tas upp i en mängd olika forum såsom i budgetdiskussioner, i arbetet med kompetensförsörjningsplaner och i utvecklingsammanhang.

Inom ett område har en förstudie genomförts för att skapa förutsättningar för att på ett systematiskt sätt arbeta med uppgiftsväxling och ett 70-tal uppgifter är identifierade. Flera aktiviteter har genomförts med god effekt på bland annat bemanningsproblematiken och det är ett långsiktigt arbete.

### 6.6.3 Personalkostnadsanalys

En ökning av lönekostnaderna för arbetad tid skedde med 16,8 mnkr (1,0 procent), se tabell nedan. Månadslön/grundlön, timlön och retroaktiv lön ökade med 13,4 mnkr (0,8 procent) jämfört med 2015.

Den största ökningen av utbetald lön stod yrkesgruppen läkare för, 13 mnkr, där det är lönerna för ST-läkare som ökade mest. Men även övriga yrkesgrupper inom läkargruppen ökade i lönekostnader. Likaså ökade yrkesgruppen "Rehabilitering och förebyggande" sina lönekostnader (5,4 mnkr jämfört med 2015). I denna yrkesgrupp var det framförallt psykologer och kuratorer som stod för den största ökningen.

En minskning med 2,4 mnkr av utbetalda löner skedde i yrkesgruppen "Sjuksköterskor, barnmorskor" och då är det allmänsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor som hade den största minskning i utbetald lön jämfört med 2015.

De tre lönekonto som procentuellt ökat mest (lönekonto 4098, inte med i analysen) jämfört med samma period 2015 är:

- "Konto 4022 Retroaktiv lön" ökade med drygt 90 procent. Anledningen var att Kommunals avtal blev klart sent. Utbetalning av ny lön gällande från 1 maj 2016, skedde i december.
- "Konto 4044 Övrig övertidsersättning" ökade med nästan 50 procent. Det är lönearten "körtningersersättning med 300 procent" som står för en stor ökning. Ersättning har ökat på endoskopimottagningen, ögon, kirurgen, ortopederna, klin fys och patologen. Det gäller både läkare och sjuksköterskor. Lönearten "särskild ersättning 240 procent timlön" ökade också jämfört med samma period föregående år.
- "Konto 4051 Jour och beredskapsersättning" ökade med 15 procent. Det var i snitt 9 ST-läkare (netto) fler per månad under 2016 jämfört med 2015. Det innebar fler jour- och beredskapstimmar på ordinarie personal.

Lön arbetad tid, uppdelad på lönekonto, belopp tkr	2016, lönekostnader	2015, lönekostnader	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
4011 Timlön	52 445	50 619	1 826	3,6%
4021 Månadslön/grundlön	1 547 814	1 542 095	5 719	0,4%
4022 Retroaktiv lön	12 317	6 412	5 905	92,1%
4024 Ers utöver månlön/särsk arbtid	9 043	9 313	-270	-2,9%
4027 Uttag av komp. tid	-8 122	-8 182	60	0,7%
4028 Uttag av jourkompensation	-60 458	-56 816	-3 642	-6,4%
4029 Lön semester/innev semesterupp	-187 170	-186 436	-734	-0,4%
4031 OB-tillägg	84 651	88 484	-3 833	-4,3%
4041 Mertid,komp, fyllnadstidsersät	10 540	9 929	611	6,2%
4042 Enkel övertidsersättning	5 428	5 065	363	7,2%
4043 Kvalificerad övertidsersättnin	36 628	32 870	3 758	11,4%
4044 Övrig övertidsersättning	7 320	4 897	2 423	49,5%
4045 Arbetad tid under jour	34 053	31 576	2 477	7,8%
4051 Jour, beredskapsersättning	12 408	10 789	1 619	15,0%
4081 Arvodesersättningar	4 404	4 701	-297	-6,3%
4092 Periodiserad jourkompensation	73 188	72 203	985	1,4%
4093 Period fyllnadstid, intjänad	2 369	2 146	223	10,4%
4094 Period enkel övertid intjänad	3 328	3 352	-24	-0,7%
4095 Period kval övertid intjänad	2 802	2 724	78	2,9%
4096 Retroaktiv omräkn jourskuld	1 851	2 121	-270	-12,7%
4097 Retro omr mer och övertidsskul	336	505	-169	-33,5%
4098 Periodiserad omvandlad tid	43	19	24	126,3%
<b>40 Lön arb tid</b>	<b>1 645 218</b>	<b>1 628 386</b>	<b>16 832</b>	<b>1,0%</b>

Lön för ej arbetad tid var i princip på samma nivå som föregående år.

Det konto som procentuellt ökat mest var ”konto 4122 Sjuklön utanför sjuklöneperiod” som ökade med drygt 20 procent. Det var fler medarbetare som var sjuka längre än 14 dagar och fick utbetalning av takersättning. Framförallt var det läkarnas sjukfrånvaro som ökade och därmed också takersättningen.

Lön ej arbetad tid, uppdelad på lönetyp, belopp tkr	2016, lönekostnader	2015, lönekostnader	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
4111 Semesterlön, semesterdagstill	9 164	9 205	-41	-0,4%
4121 Sjuklön inom sjuklöneperioden	25 563	26 191	-628	-2,4%
4122 Sjuklön utanför sjuklöneperiod	10 205	8 409	1 796	21,4%
4131 Föräldraledighet	5 470	5 757	-287	-5,0%
4141 Personalutbildning	33 889	31 978	1 911	6,0%
4151 Semesterlön intjänad och tillä	225 306	223 534	1 772	0,8%
4159 Retroaktiv omr semesterlönesku	5 466	7 577	-2 111	-27,9%
4199 An lön/ers avgvederl (pens gr)	3 157	5 807	-2 650	-45,6%
<b>41 Lön ej arb tid</b>	<b>318 222</b>	<b>318 460</b>	<b>-238</b>	<b>-0,1%</b>

Nettoårsarbetare minskade i genomsnitt med cirka 55 stycken per månad jämfört med 2015, vilket motsvarar en minskning med 1,3 procent (se tabell nedan). Det var framförallt yrkesgruppen sjuksköterskor och barnmorskor som stod för den största minskningen. I jämförelse med 2014 är det en minskning med 96 nettoårsarbetare sjuksköterskor i snitt per månad. Inkluderar jämförelsen även barnmorskor och undersköterskor är det i snitt 155 färre nettoårsarbetare per månad.

Snitt nettoårsarb./månad, samtliga anställningsformer, uppdelat per yrkesgrupp	2016 Snitt nettoårsarb /månad	2015 Snitt nettoårsarb /månad	Förändring, antal	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	1 410,9	1 460,7	-49,9	-3,4%
B Undersköterskor m.fl.	1 161,4	1 197,4	-35,9	-3,0%
C Läkare	629,5	613,1	16,4	2,7%
D Tandläkare	4,9	5,6	-0,7	-12,2%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	7,6	7,2	0,4	5,3%
F Administratör, vård	312,1	329,9	-17,9	-5,4%
G Rehabilitering och förebyggande	293,8	277,7	16,1	5,8%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	179,6	181,4	-1,8	-1,0%
I Utbildning, kultur och fritid	12,2	12,4	-0,2	-1,9%
J Teknik, hantverkare	25,1	22,8	2,2	9,8%
K Kök, städ, tvätt	28,9	18,5	10,5	56,6%
L Administration	367,3	362,7	4,7	1,3%
<b>Huvudgrupp</b>	<b>4 433,1</b>	<b>4 489,4</b>	<b>-56,2</b>	<b>-1,3%</b>

#### 6.6.4 Mertid, övertid, OB-tillägg

Kostnaderna för OB-tillägg minskade med 3,8 mnkr (4,3 procent) jämfört med föregående år. Orsakerna var färre medarbetare samt att kostnaderna för helgdagar var lägre julen 2015 än julen 2014 (utbetalning skedde i januari 2016 respektive januari 2015).

OB-tillägg, uppdelat per yrkeskategori, belopp tkr	2016 kostnad	2015, kostnad	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	40 251	42 319	-2 067	-4,9%
B Undersköterskor m.fl.	39 630	40 887	-1 258	-3,1%
C Läkare	186	338	-153	-45,2%
D Tandläkare	0	1	-1	-65,5%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	1	3	-2	-73,5%
F Administratör, vård	1 272	1 552	-280	-18,1%
G Rehabilitering och förebyggande	737	801	-64	-8,0%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	1 529	1 587	-57	-3,6%
I Utbildning, kultur och fritid	0	2	-2	-90,3%
J Teknik, hantverkare	390	350	39	11,3%
K Kök, städ, tvätt	418	341	77	22,6%
L Administration	209	279	-70	-25,1%
<b>Totalt</b>	<b>84 624</b>	<b>88 462</b>	<b>-3 838</b>	<b>-4,3%</b>

Övertiden ökade med 11 750 timmar (7,5 procent) jämfört med samma period 2015, se tabell nedan. Den kvalificerade övertiden ökade med 9 000 timmar. Det var undersköterskor anställda på vårdavdelningar som ökade den kvalificerade övertiden med 5 250 timmar (30 procent) under året. Framförallt var det på akutmedicin, specialistmedicin, neuro rehab, anopiva och kirurgkliniken som övertiden ökade. En del av orsakerna var bristen på sjuksköterskor, som då ledde till högre användning av undersköterskor.

Sjuksköterskor och barnmorskors kvalificerade övertid ökade med 3 700 timmar (8 procent). Det var ambulanssjuksköterskor, barnmorskor och IVA-sköterskor som stod för hela ökningen (4 000 timmar). Den största ökningen av den kvalificerade övertiden utfördes under juni-augusti (70 procent). Röntgensköterskornas kvalificerade övertid minskade med 600 timmar.

Mertid, enkel och kval övertid, uppdelat per yrkeskategori, timmar schema	Timmar jan-nov 2016	Timmar jan-nov 2015	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
A Sjuksköterskor, barnmorskor	98 100	92 398	5 702	6,2%
B Undersköterskor m.fl.	53 054	44 663	8 391	18,8%
C Läkare	2 818	2 541	277	10,9%
D Tandläkare	730	651	79	12,1%
E Tandsköterskor, -hygienister m.fl.	106	61	46	75,2%
F Administratör, vård	2 205	2 858	-654	-22,9%
G Rehabilitering och förebyggande	3 042	4 108	-1 066	-26,0%
H Sjukhustekniker/labpersonal, inkl BMA	2 537	3 431	-895	-26,1%
I Utbildning, kultur och fritid	197	290	-92	-31,9%
J Teknik, hantverkare	592	520	71	13,7%
K Kök, städ, tvätt	199	170	28	16,6%
L Administration	5 073	5 221	-148	-2,8%
<b>Totalt</b>	<b>168 654</b>	<b>156 914</b>	<b>11 740</b>	<b>7,5%</b>

Mertid, enkel och kval övertid, timmar schema	Timmar jan-nov 2016	Timmar jan-nov 2015	Förändring, jmf 2016 och 2015	Förändring %
Mertid	54 939	53 557	1 382	2,6%
Enkel övertid	25 406	24 256	1 150	4,7%
Kval övertid	88 308	79 101	9 208	11,6%
<b>Totalt</b>	<b>168 654</b>	<b>156 914</b>	<b>11 740</b>	<b>7,5%</b>

### 6.6.5 Ofrivillig deltid

Det finns inte någon ofrivilligt deltidsanställd medarbetare i NU-sjukvården, utifrån regionens definition på ofrivilligt deltidsanställda.

## 7. GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VERKSAMHETERNA

### 7.4 Systematiskt förbättringsarbete

Modellen för NU-sjukvårdens verksamhetsutveckling utgår från ”offensiv kvalitetsutveckling” vilket innebär att vi utgår från patientens perspektiv, arbetar med processer, förbättrar ständigt, gör alla delaktiga, baserar beslut på fakta, samt betonar ledarskapet och systemförståelsen. Chefer på alla nivåer leder förbättringsarbetet med utgångspunkt från patientens behov.

Utvecklingsplanen anger den långsiktiga önskade utvecklingen. Verksamhetsplanen anger den önskade utvecklingen under kommande år. Alla utvecklingsarbeten, stora som små, ska ligga i linje med utvecklingsplanen och verksamhetsplanen.

Utvecklingsområden identifieras i t.ex. utvecklingsplanen, verksamhetsplanen och patientsäkerhetsplanen men även vid mottagande av patientklagomål till patientvägledare, avvikelser, riskanalyser och händelseanalyser samt i olika samverkansarenor med andra aktörer som t.ex. primärvård och kommuner.

Resultat mäts genom t.ex. punktprevalensmätningar, kvalitetsregister, patientenkäter, medarbetarenkäter eller utdrag från olika IT-system.

Resultaten analyseras vid t.ex. ledningsmöten, dialogmöten med verksamhetsledningarna, månadsrapporter från områdena och uppföljningsmöten.

Chefer på alla nivåer är viktiga för att genomföra förbättringar. Daglig styrning används för vårdplatskoordinering allt från sjukhusnivå till avdelningsnivå och Gröna Korset används på flera enheter för daglig återkoppling och åtgärd av avvikelser.

Kontroll av resultat görs vid internkontroll, månadsrapport från områdena, dialogmöten, och uppföljningsmöten.

För att lära mellan verksamheter genomförs bl.a. patientsäkerhetsdag, lärandeseminarier och inspirationsföreläsningar. Utbildning i Gröna Korset har genomförts liksom återkommande sårombudsmöten. NU-sjukvården har deltagit i internationell kvalitetskonferens som värd och vi uppmuntrar deltagande i såväl nationella som internationella konferenser.

Vi använder, så långt det är möjligt, forskningsbaserad kunskap för att utveckla vår verksamhet, både vad gäller behandlingsmetoder och metodik i förbättringsarbete. Vi utvärderar kontinuerligt våra insatser utifrån patientnytta.

Under året har utvecklingschef tillsatts och utvecklingsenhet formats. Utvecklingsledare finns centralt och inom varje område och nätverk för dessa har tillskapats. Rekrytering av chefsjuksköterska har påbörjats.

## **8. Rättigheter och folkhälsa**

### **8.1 Mänskliga rättigheter**

#### **8.1.2 Insatser som verksamheten gjort för en mer jämlik information och kommunikation**

Under året har ett reviderat utskrivningsmeddelande införts för samtliga verksamheter i NU-sjukvården. Särskild vikt har lagts på att informationen till patient och närstående ska vara lättförståelig.

NU-sjukvården har sedan oktober 2016 en ny hemsida med patientinformation ([www.nusjukvarden.se](http://www.nusjukvarden.se)) där särskild vikt har lagts på lättillgängligt språk och tillgänglighet för patienter med funktionshinder. Hemsidan är lättillgänglig oavsett plattform – dator, läsplatta eller telefon.

Information till patienter som uppsöker sjukhuset utan att kunna svenska har tagits fram. I entréerna på sjukhusen finns information på engelska och arabiska om hur och var man bäst söker vård i det svenska vårdsystemet.

#### **8.1.3 Verksamhetens jämställdhetsintegrering**

NU-sjukvården tillhandahåller könsuppdelad statistik till regionen centralt, SCB och andra nationella organisationer inom de områden som efterfrågas. Några omotiverade skillnader på förvaltningsnivå har inte hittats.

Sjukskrivningsstatistik fördelat på omfattning och kön tas fram per verksamhet två gånger per år. Vid dialogmöten framkommer att det inte finns en uppenbar ojämlig sjukskrivning mellan kvinnor och män. Olikheter i sjukskrivning handlar mer om att olika sjukdomar drabbar kvinnor och män i olika stor utsträckning och i olika åldrar till exempel hjärtinfarkt.

#### **8.1.4 Insatser för att nå vissa grupper som tidigare varit svåra att nå**

För att nå grupper som tidigare varit svåra att nå har insatser gjorts i brukarråd inom psykiatri och BUP samt speciella frågor ställts till psykiatri-, ögon- och infektionsverksamheterna.

Barn- och ungdomskliniken kan ge neonatal hemsjukvård till alla patienter eftersom tolk erbjuds till alla med behov av det.

### 8.1.5 Aktiviteter kring barns rättigheter

Aktiviteter som genomförts utifrån Västar Götalandsregionens handlingsplan för implementering av FN:s konvention om barnets rättigheter 2014-2016:

- Psykolog från vuxenpsykiatri deltar i regionalt nätverk för barns rättighetsfrågor.
- Utvecklat intern hemsida med samlad information om barnperspektivet.
- Information till verksamheterna om webutbildning i barn som anhöriga.
- Barnombud finns på de flesta avdelningarna.

### 8.1.6 Tillgänglighet för personer med olika funktionsvariationer

”Tillgänglighet och användbara miljöer – Riktlinjer och standard för fysisk tillgänglighet version 3-2015” tillämpas i alla projekt som sjukhuset genomför. Den bygger på Boverkets regelsamling för byggande BBR21, 2014:3 men med betydligt högre ställda krav i regionens manual. Den tillämpas vid ny-, om- och tillbyggnation av lokaler dit allmänheten har tillträde, i vissa fall tillåter inte lokalerna att vi kan tillämpa riktlinjerna fullt ut med då skrivs en avvikelserapport.

Alla lokaler inom NU-sjukvården är inventerade och åtkomliga i Tillgänglighetsdatabasen (TD). Där finns detaljerad information om tillgängligheten i sjukhuset. Informationen finns till för att besökare med någon form av funktionsnedsättning ska kunna bilda sig en uppfattning om hur lokalerna ser ut före ett besök i sjukhuset.

## 8.2 Folkhälsa

Styrtal	NU-sjukvården 2015	Måltal NU-sjukvården 2016	Utfall NU-sjukvården 2016
AUDIT-C*, andel enheter som arbetar systematiskt med AUDIT-C, procent	75	Saknas	75
Utskrivna FaR (fysisk aktivitet på recept), antal	412	Saknas	266
Rökstopp inför operation, andel relevanta verksamheter som har rutiner och arbetar systematiskt med rökstopp inför operation, procent.	100	Saknas	100

\* AUDIT-C är ett instrument för identifiering av riskfylld och skadlig alkoholkonsumtion

1. Inom NU-sjukvården tillämpas screening med det förenklade AUDIT-formuläret AUDIT-C på utvalda enheter inom den somatiska vården. Inom psykiatri används AUDIT. Dock saknas där möjligheter för uppföljning av användandet.
2. Fysisk aktivitet på recept, FaR, ska förskrivas där så är relevant och den fysiska aktiviteten ska dokumenteras.
3. Rökstopp inför operation ska erbjudas och information och hjälp ges för att minska konsumtion av tobak även till andra patientgrupper.

Utbildningsinsatser relaterat till tobaksbruk och avvänjning har genomförts för medarbetare, patienter och allmänheten.

Ett annat insatsområde under året har varit förberedelser för införandet av rökfritt sjukhusområde från januari 2017 och därmed implementering av den regionala riktlinjen ”Rökfri Västra Götalandsregion”.

## 9. En budget i balans

### 9.1 Ekonomiskt resultat

Resultatet blev -16 mnkr. Resultatet förbättrades under december, beroende på flera intäktsposter som inte var budgeterade eller prognostiserade, företrädesvis från Koncernkontoret.

För 2016 bedömdes den ingående ekonomiska obalansen vara -150 mnkr. Åtgärder motsvarande 75 mnkr genomfördes under året.

	Utfall 2016 (mnkr)	Budget 2016 (mnkr)	Utfall 2015 (mnkr)	Avvikelse utfall-budget 2016 (mnkr)	Avvikelse budget/utfall %	Förändring utfall 2015/2016 %
<b>Intäkter</b>						
VÖK	4 080,3	4 054,2	3 974,7	26,1	0,6	2,7
Regioninterna intäkter	425,9	291,0	315,5	134,9	46,3	35,0
Externa intäkter	195,4	233,1	207,5	-37,7	-16,2	-5,8
<b>Summa intäkter</b>	<b>4 701,6</b>	<b>4 578,3</b>	<b>4 497,6</b>	<b>123,4</b>	<b>2,69</b>	<b>4,5</b>
<b>Kostnader</b>						
Personalkostnader	-2 850,4	-2 845,1	-2 813,2	-5,3	0,2	1,3
Bemanningsföretag	-86,0	-30,0	-88,4	-56,0	186,8	-2,7
Köpt vård	-77,9	-53,4	-72,1	-24,5	45,9	8,1
Läkemedel	-556,3	-529,0	-496,0	-27,3	5,2	12,2
Övriga omkostnader	-1 058,9	-1 032,2	-1 021,2	-26,7	2,6	3,7
Avskrivningar	-79,1	-80,0	-78,2	0,9	-1,1	1,2
<b>Summa kostnader</b>	<b>-4 708,7</b>	<b>-4 569,8</b>	<b>-4 569,0</b>	<b>-138,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,1</b>
Finans intäkt/kostnad	-8,6	-8,5	-7,5	-0,1	1,5	14,6
<b>Netto</b>	<b>-15,7</b>	<b>0,0</b>	<b>-78,9</b>	<b>-15,7</b>		<b>-80,1</b>

Resultatet för 2016 uppgår till -16 mnkr, dvs inom ramen för regionfullmäktiges godkända resultat för NU-sjukvården om minus 40 mnkr. Resultatet är bättre än bedömningarna under året, beroende på högre intäkter än prognosticerat i slutet av året.

#### 9.1.1 Analys utfall jämfört med budget

**Intäkter totalt är 123 mnkr bättre än budget**

**VÖK-intäkter 26 mnkr bättre än budget**

I ”VÖK-intäkter” ingår även ersättningar för rättspsykiatri, ortopediplan, tillgänglighetsåtgärder, obesitas och koloskopier, såld vård till andra sjukhus inom regionen samt ersättning för köp av garantivård och fria läkemedel till barn och unga.

Tillgänglighetsåtgärder totalt var drygt 1,7 mnkr bättre än budget tack vare ett tillskott från HSN i bokslutet för utförda besök och behandlingar utöver beställning inom ögon och ÖNH. Obesitasoperationer och koloskopier nådde inte upp till beställda volymer. Rättspsykiatri underproducerade för knappt 1 mnkr.

Ersättning för köp av garantivård uppgick till 11,3 mnkr. NU-sjukvården sålde neonatalvård motsvarande 1,9 mnkr. Det förlöstes 452 barn över plan på förlossningen, vilket innebar en ersättning på 6,9 mnkr.

**Övriga regioninterna intäkter är ca 135 mnkr bättre än budget**

Ersättning för vård och transporter av asylpatienter blev 21,1 mnkr bättre än budget.



Ytterligare orsaker till den positiva budgetavvikelsen av intäkterna var bland annat ökad ersättning för arbete med psykisk ohälsa (9,2 mnkr), utökad ersättning för ordnat införande (26,1 mnkr), förbättrad kvinno- och förlossningsvård (11 mnkr), ökade flyktingströmmar (24,6 mnkr), arbete med standardiserade vårdförlopp inom cancervården (12,7 mnkr) samt ersättning för diverse utbildningar (10,9 mnkr). Tillsammans motsvarade detta 94,5 mnkr.

Ersättning från SU för läkarkandidater uppgick till 3,4 mnkr. Projektintäkter budgeteras ej och motsvarade 7 mnkr i avvikelse. Utöver detta tillkom diverse ersättningar för mindre poster för bland annat asylpatienter med varaktigt vårdbehov, försäljning av tandvård, ST-läkare, PTP-psykologer, omsorgscoordinator, ögonbottenscreening och nystartjobb motsvarande totalt 8,2 mnkr. Ersättning för utökad samverkansuppdrag och heldygnsvård inom psykiatri uppgick till 2 mnkr. I bokslutet kom ersättning för ökade logistikostnader avseende Särnär och inkontinenshjälpmedel med 0,8 mnkr.

Ett politiskt beslut att ta bort patientavgiften för mammografi och istället ersätta dessa förloade patientintäkter för sjukhusen med ett statsbidrag, infördes från och med den första juli 2016. För andra halvåret uppgick detta bidrag till 1,5 mnkr.

**Externa intäkter var 38 mnkr** sämre än budget, vilket framför allt beror på att inför 2016 budgeterade NU-sjukvården 42,8 mnkr externt för förväntade regioninterna intäkter. Statsbidragen för särskild momsersättning blev 3,4 mnkr bättre än budgeterat beroende på köp av sjuksköterskor som inte var planerat. Personalanknutna statsbidrag blev också bättre än budget med 4 mnkr. Ersättning för utskrivningsklara patienter från kommunerna blev som budgeterat. Söld vård externt blev 2 mnkr bättre än budget. Andra orsaker till den positiva avvikelsen är försäljning av lab- och röntgentjänster (4,7 mnkr), försäljning av övriga tjänster (3,7 mnkr) samt försäljning av material och varor (0,5 mnkr). Projektintäkter budgeteras ej och motsvarade 5,5 mnkr.

### **Personalkostnader inklusive bemanningsföretag är 61 mnkr sämre än budget**

Lön inklusive sociala avgifter var 3,6 mnkr sämre än budget. Övriga personalkostnader blev 1,7 mnkr sämre än budgeterat. Kostnaden för bemanningsföretag blev 86 mnkr, vilket är 56 mnkr över budget. Köp av bemanningsläkare blev 14 mnkr sämre än budget och köp av bemanningssjuksköterskor 41,9 mnkr sämre än budget (kostnader för bemanningssköterskor budgeterades ej). Verksamheten lyckades inte fasa ut köp från bemanningsföretagen enligt plan framför allt på grund av medicinsk säkerhet och arbetsmiljö.

Personalkostnader, som avser projekt, uppgick till 7,3 mnkr och motsvaras av en intäkt.

### **Omkostnader är 78 mnkr sämre än budget**

Köp av vård blev 24,5 mnkr sämre än budget. Ej budgeterade kostnader för köp av garanti-vård uppgick till 11,3 mnkr och motsvaras av en intäkt från koncernkontoret. Kostnaden för valfrihetsvård blev 22,9 mnkr sämre än budget. Kostnaden för övrig köpt vård och högspecialiserad vård var drygt 11,6 mnkr bättre än budget.

Läkemedelskostnaderna blev 27 mnkr sämre än budget, där läkemedel mot Hepatit C står för 15 mnkr. På intäktssidan finns en positiv budgetavvikelse på 21 mnkr kopplat till beslutet om ordnat införande (bland annat Hepatit C).

Övriga omkostnader blev knappt 27 mnkr sämre än budget. De största avvikelserna var för lab- och röntgentjänster inklusive Patos (25,2 mnkr), sjukvårdsmateriel (18,5 mnkr) och avtal SOS-alarm (1,9 mnkr).

Kostservice blev 3,4 mnkr bättre än budget, vilket delvis berodde på en återbetalning från regionservice på 1,4 mnkr enligt servicemodellen. Hyror inklusive lokalkostnader blev något bättre än budgeterat. Hjälpmedel blev 2 mnkr bättre än budget, delvis tack vare en återbetalning i bokslutet, som grundar sig på ett samarbetsavtal för försörjning av personliga hjälpmedel med VästKom (1 mnkr).

Kostnaderna för avskrivningar blev knappt 1 mnkr bättre än budget, vilket främst beror på att ett antal större röntgeninvesteringar föll ut senare än förväntat.

### **9.1.2 Utfall jämfört med föregående år**

Resultatet för år 2016 uppgick till -16 mnkr, vilket var 63 mnkr bättre än föregående år.

#### **Intäkter**

Intäkter totalt var 203 mnkr högre 2016 jämfört med 2015.

Regioninterna intäkter var 216 mnkr högre än föregående år. Av dessa intäkter var vårdöverenskommelsen 106 mnkr bättre än föregående år. Denna ökning berodde dels på en uppräknings av föregående års överenskommelse, dels ökad ersättning för ytterligare beställning av tillgänglighetssatsningar, ersättning för köp av garantivård, förlossningar över plan samt neonatalvård. Förlossningarna blev 452 stycken 2016 över plan jämfört med 309 stycken 2015, vilket motsvarade 2,6 mnkr mer för 2016. Övriga regioninterna intäkter var 110 mnkr bättre för 2016. Detta var ersättning för ordnat införande, psykisk ohälsa, ökade flyktingströmmar, förbättringar inom kvinno- och förlossningsvården, utökat akutsjukvårdsuppdrag, arbete med standardiserade vårdförlopp inom cancervården, utförda ögonbottenscreeningar samt för asylpatienter med varaktigt vårdbehov. Intäkter för försäljning av röntgen och projekt minskade jämfört med föregående år.

Externa intäkter var knappt 13 mnkr sämre än föregående år. Främsta orsakerna var minskade personalanknutna statsbidrag, försäljning av externt sålda röntgentjänster och minskade projektintäkter. Intäkterna för patientavgifter minskade med nästan 3,5 mnkr, varav 1,5 mnkr avsåg patientavgiften för mammografi som togs bort 2016-07-01 efter ett politiskt beslut och har ersatts av ett bidrag från Koncernkontoret som redovisas på ett annat konto. Ersättning från kommunerna för utskrivningsklara patienter minskade med 5,3 mnkr. Såld vård till andra landsting, försäljning av ambulanstransporter och försäljning av labtjänster ökade.

Intäkter för patientavgifter minskade under 2016 med totalt 3,2 mnkr, varav 1,5 mnkr avsåg patientavgifter för mammografi som ersatts via bidrag under regioninterna intäkter.

#### **Kostnader**

Kostnaderna var 140 mnkr högre jämfört med föregående år, varav personalkostnader inklusive bemanningsföretag är 35 mnkr (1,2 procent) och omkostnader 105 mnkr högre. Orsaker till ökade personalkostnader var bland annat dyra lösningar för sjuksköterskor via bemanningsföretag. Kostnader för köp av sjuksköterskor utgjorde nästan hälften av kostnaden för köp av bemanningsföretag. Kostnaden för köp av läkartjänster minskade med drygt 12 mnkr jämfört med 2015. För köp av sjuksköterskor ökade kostnaden med nästan 10 mnkr.

Lönekostnaden för egen personal ökade med 35 mnkr (1,3 procent) för 2016 jämfört med 2015. I kostnaden för 2016 ingår ett löneavtal med en genomsnittlig ökning på 2,54 procent. Kostnaderna för timlön var knappt 2 mnkr högre och övertid drygt 7 mnkr högre än föregående år. Ökningen av övertid uppstod under semesterperioden för att klara bemanningen, se avsnitt 6.6.4. Jourkostnaden var på samma nivå som föregående år. Sjuklönekostnaden var 1 mnkr högre 2016 än 2015.

För köp av vård var kostnaden nästan 6 mnkr högre jämfört med föregående år, vilket främst berodde på högre kostnader för köp av valfrihetsvård, drygt 17 mnkr. Köp av garantivård var nästan 9 mnkr lägre för 2016 jämfört med 2015. Köp av PCI, utförda på SU, var nästan 1 mnkr högre 2016 jämfört med 2015. Kostnaden för köp av övrig vård var drygt 3 mnkr lägre.

Kostnadsökningar för övriga omkostnader fanns främst för lab- och röntgenkostnader inklusive Patos (17 mnkr), diabetesartiklar och övriga sjukvårdsmaterielkostnader (10,6 mnkr). Kostnaden var högre 2016 jämfört med 2015 för hyror inklusive lokalkostnader (11 mnkr), IT-tjänster (6,6 mnkr), transportmedelskostnader (1,4 mnkr) och kostnader för konsulttjänster (2,7 mnkr).

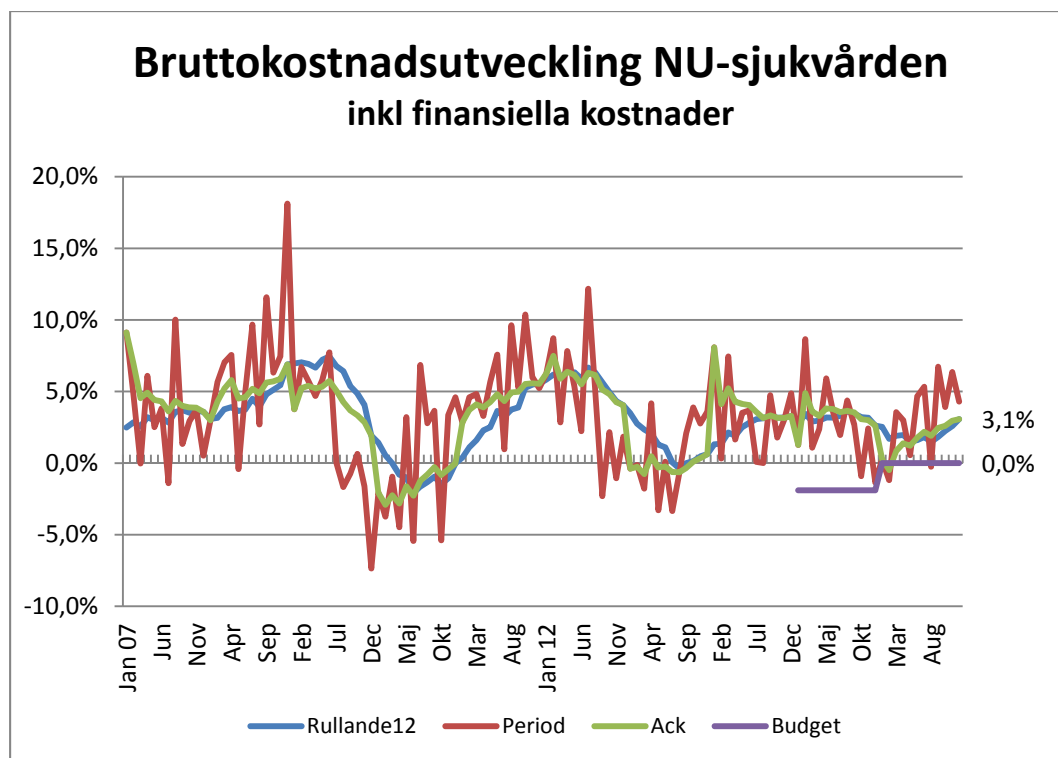
Kostnadsminskningar för övriga omkostnader fanns främst för hjälpmedelskostnader och stomiartiklar som minskade med knappt 1 mnkr respektive 0,7 mnkr jämfört med 2015. Minskningen för hjälpmedel berodde på en återbetalning på 1 mnkr som kom i bokslutet. Kostnaden för lämnade bidrag var 6,5 mnkr lägre på grund av ändrad finansiering kopplat till Regionservice nya styrmodell.

Kostnaderna för läkemedel blev 60 mnkr högre jämfört med föregående år. Ökningen var till stor del kopplad till ordnat införande, bland annat Hepatit C (33 mnkr), blodcancer (5 mnkr), prostataläkemedel (4 mnkr), MS-läkemedel (3 mnkr) och TNF-hämmare (1 mnkr).

## Intäktsutveckling

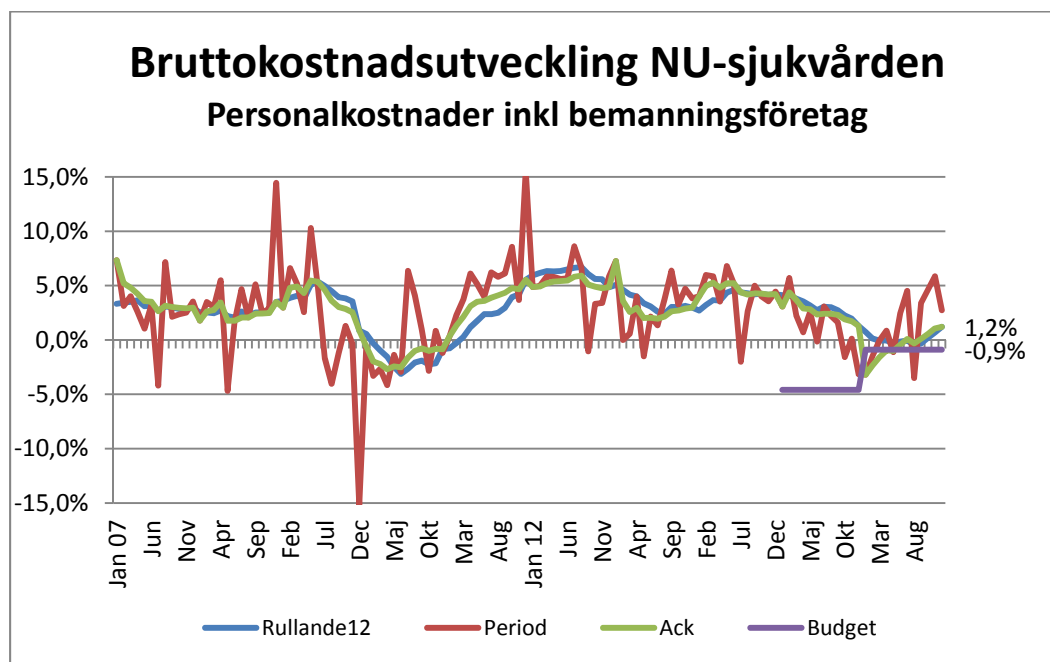
Intäkterna ökade under året med 4,5 procent. Intäktsutvecklingen berodde främst på nettoidexering av vårdöverenskommelsen, ökad ersättning för ordnat införande av läkemedel, standardiserade vårdförlopp, ökade flyktingströmmar, förbättring av kvinno- och förlossningsvård samt utökad ersättning för att hantera akutvårdsflödet.

## Kostnadsutveckling



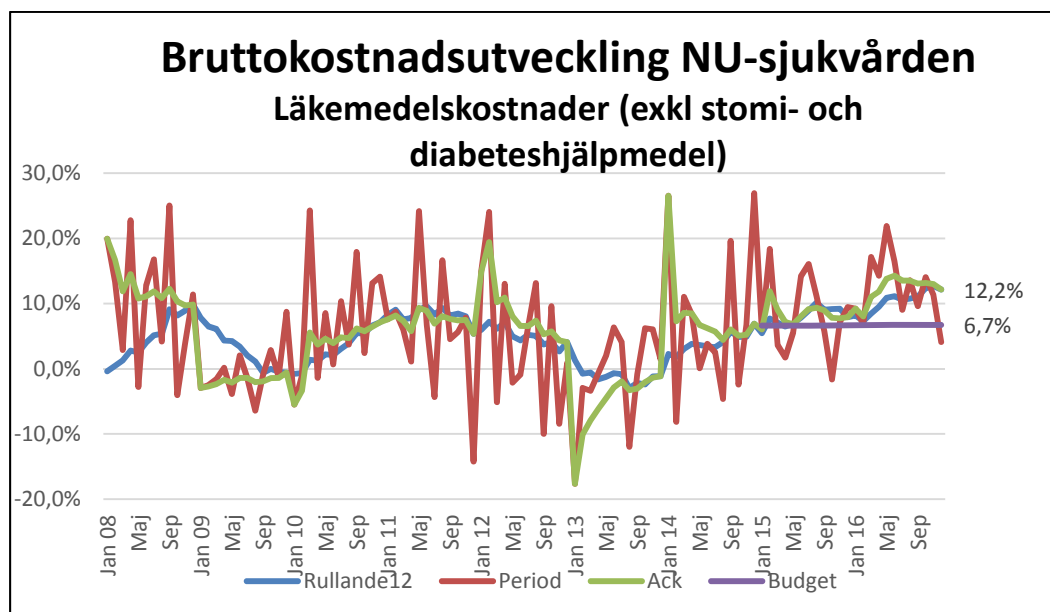
Kostnaderna ökade under året med 3,1 procent. Ökningstakten har det senaste året legat mellan 1,5 och 3,1 procent med en stigande ökningstakt under årets sista månader, vilket var förväntat.

## Personalkostnadsutveckling



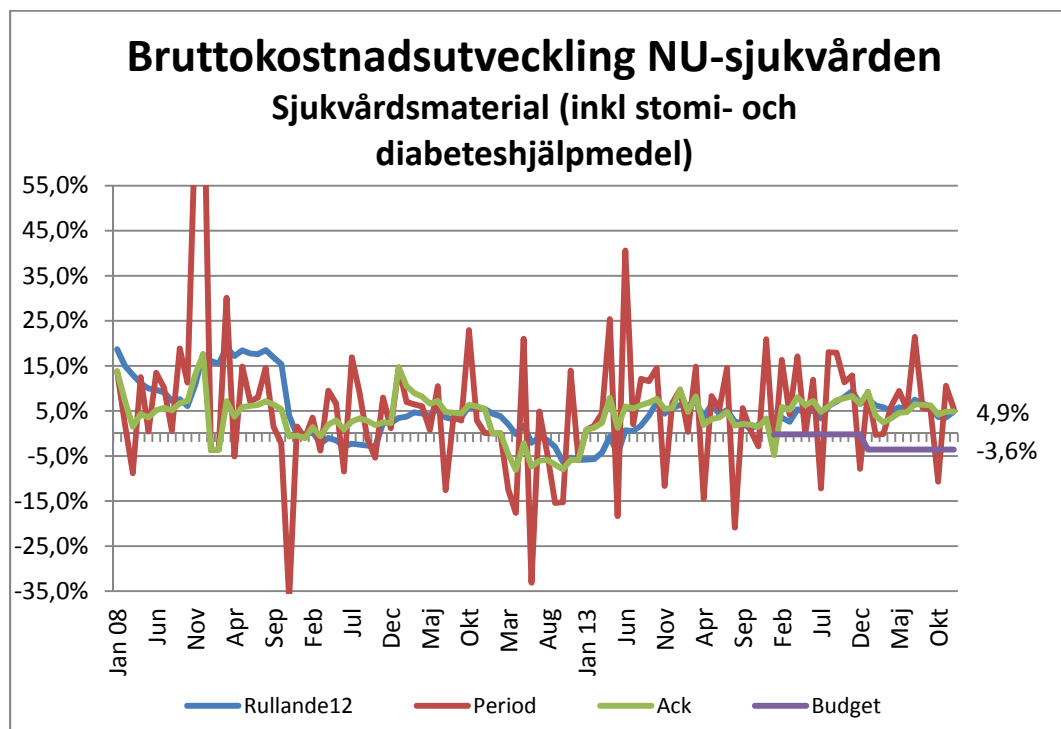
Ökningstakten för personalkostnaderna minskade från 1,3 procent i december 2015 till 1,2 procent i december 2016.

## Kostnader för läkemedel

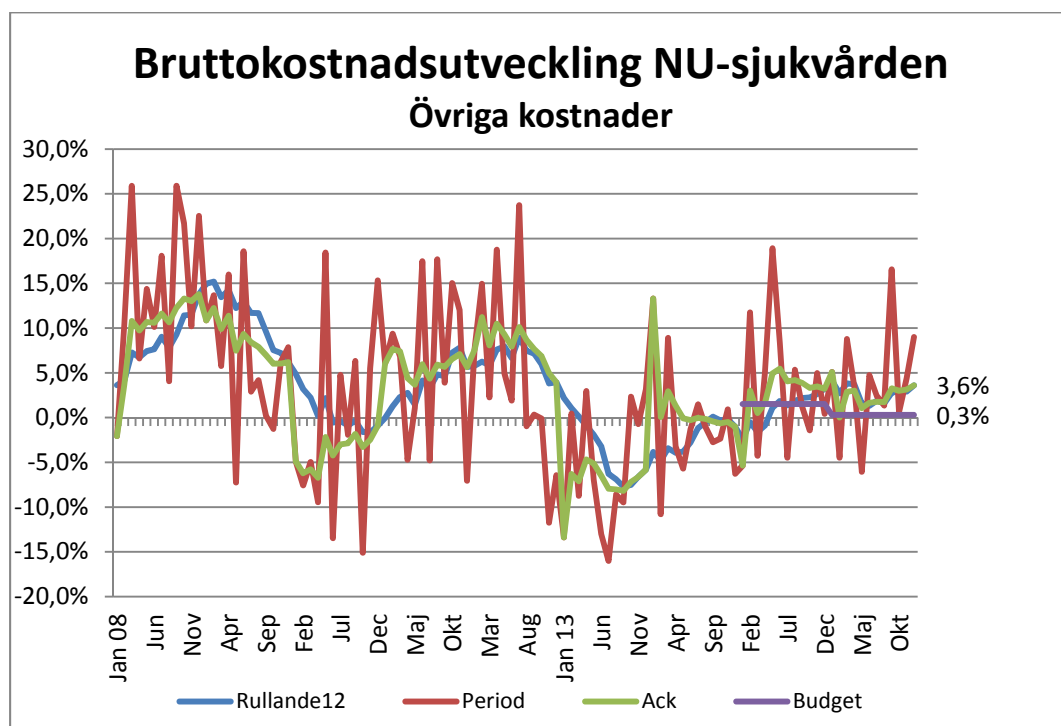


Läkemedelskostnaderna ökade med 12,2 procent jämfört med föregående år. Den största orsaken till ökningen är läkemedel mot Hepatit C. Exkluderas kostnaderna för Hepatit C uppgick ökningen till 5,4 procent.

### Kostnader för sjukvårdsmaterial och övriga omkostnader



Kostnaderna för sjukvårdsmaterial (inkl stomi- och diabeteshjälpmedel) ökade med 4,9 procent jämfört med 6,6 procent samma period föregående år.



Övriga kostnader ökade med 3,6 procent jämfört med 2015. Ökningstakten under året låg som lägst på 1,3 procent.

## 9.2 Åtgärder vid ekonomisk obalans

### 9.2.1 Följsamhet till beslutade åtgärdsplaner

NU-sjukvården hade vid ingången av 2016 en ekonomisk obalans om cirka -150 mnkr (se TU NU-22-2015:144). NU-sjukvårdens styrelse fastställde 2016-01-29 åtgärder med planerad delårseffekt under 2016 om drygt 70 mnkr. I februari (RS 2016-02-09, §42) beslutade Regionstyrelsen om att fördela extra medel för de ökade flyktingströmmarna, varav NU-sjukvården erhöll cirka 25 mnkr.

I ovanstående ekonomisk obalans om -150 mnkr ingick 10 mnkr avseende ökade kostnader för införande av nya städdriktlinjer. Dessa kostnader uppstod inte under 2016, utan först under 2017 införs de av regionen fastställda städdriktlinjerna.

Resultatet för 2016 är -16 mnkr. Det innebär att åtgärder med effekt under 2016 har genomförts med cirka -75 mnkr, vilket innebär att följsamheten till beslutad åtgärdsplan sammantaget har varit god under 2016. Det som avviker från plan är framförallt åtgärden att minska användandet av bemanningsföretag som inte minskar i planerad omfattning. Kostnaden för bemanningsföretag 2016 har minskat med 2 mnkr jämfört med 2015, att jämföra med måltalet om en minskning med -58 mnkr för helåret 2016. Under året har inte alla fastställda vårdplatser kunnat hållas öppna på grund av personalbrist, vilket också lett till sänkta kostnader.

Nedan lista sammanfattar ovanstående beräkning.

	mnkr
Bedömd ingående ekonomisk obalans 2016	-150
Införande av nya städdriktlinjer uppstår först 2017	+10
Tillskott under 2016 för ökade flyktingströmmar	+25
Effekt av åtgärdsprogram	+75
Övrig intäktsförstärkning under 2016 (ex vis tillgänglighetsåtgärder, återbetalning Regionservice)	+24
<b>Resultat 2016</b>	<b>-16</b>

### 9.2.2 Ekonomisk obalans som inte omfattas av beslutad åtgärdsplan

Den ingående ekonomiska obalansen för 2017 bedöms vara knappt -30 mnkr. Verksamheten har tagit fram åtgärdsplaner för att under 2017 uppnå en ekonomi i balans. Dessa planer summeras till drygt 40 mnkr.

Åtgärder för att effektivisera verksamheten handlar framförallt om att

- förbättra chefers organisatoriska förutsättningar att leda och styra sin verksamhet
- minska beroendet av bemanningsföretag
- arbeta med uppgiftsväxling

Regionfullmäktige har beslutat att antalet underställda till respektive chef bör vara mellan 10-35 medarbetare. NU-sjukvården arbetar med uppgiften att förändra arbetsgruppers storlek för framför allt första linjens chefer. Detta kommer att ge en förbättrad arbetsmiljö och chefer bättre förutsättningar att utöva chefs- och ledarskap.

Under de senaste åren har NU-sjukvårdens kostnader avseende bemanningsläkare minskat. Däremot har användandet av bemanningssjuksköterskor ökat kraftigt under åren 2014-2016. 2016 utgör kostnaderna för bemanningsföretag 2,9 procent av de totala kostnaderna för personalkostnader samt bemanningsföretag. Målsättningen är att minska kostnaderna kraftigt för bemanningsföretag under 2017.

Ett viktigt arbete för att uppnå det är att arbeta med uppgiftsväxling. Ett projekt inom område I har pågått under 2016 för att i detalj kartlägga arbetsuppgifter hos olika yrkesprofessioner och för att utarbeta en plan för verkställande av uppgiftsväxling under 2017. Samtal och gemensam planering pågår med Regionservice för att de ska leverera ytterligare tjänster till NU-sjukvården avseende exempelvis materialförsörjning, servering av patientmåltider och patienttransporter.

Under kvartal två 2017 planeras införandet av dosdispensering av läkemedel inom slutenvården. Förväntningarna är en ökad kvalitet avseende läkemedelsdelningar till patient samt frigjord tid för bland annat sjuksköterskor och därmed minskat beroende av bemanningsföretag.

### **9.3 Eget kapital**

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

### **9.4 Investeringar**

Investeringarna inom NU-sjukvården hamnade under 2016 på en lägre nivå jämfört med genomsnittet de senaste tio åren och har sjunkit kraftigt jämfört med 2014-15. Det beror framförallt på att de stora investeringarna kopplat till TAKT-projekten avslutades under 2016. Under 2016 uppgick investeringarna totalt till 115 mnkr, fördelat på utrustningsinvesteringar 102 mnkr och lokalinvesteringar 13 mnkr, vilket är betydligt lägre jämfört med utfallet 2015 (149 mnkr).

De största enskilda utrustningsinvesteringarna under 2016 var inköp av Spect-CT till BFM, Uddevalla sjukhus (6,3 mnkr), ventilatorer till IVA (5,9 mnkr), multilab till BFM, NÄL (5 mnkr), övervakningsutrustning till barn (4,6 mnkr), endoskopiutrustning (4 mnkr) och angiolab till BFM, NÄL (3,1 mnkr).

De största enskilda lokalinvesteringarna under 2016 gällde anpassning av lokaler till slutenvårdsdos (2,4 mnkr) och anpassning av lokaler kopplat till installation av angiolab (1,7 mnkr).

## 10. Bokslutsdokument och noter

### NU-sjukvården

<b>Resultaträkning</b>	<b>Not</b>	<b>Utfall 1612</b>	<b>Utfall 1512</b>
Verksamhetens intäkter	1	4 701 607	4 497 634
Verksamhetens kostnader	2, 3	-4 629 559	-4 490 859
Avskrivningar och nedskrivningar	4	-79 108	-78 160
<b>Verksamhetens nettokostnader</b>		<b>-7 060</b>	<b>-71 385</b>
Finansnetto	5	-8 630	-7 528
<b>Årets resultat</b>		<b>-15 690</b>	<b>-78 913</b>

<b>Kassaflödesanalys</b>	<b>Not</b>	<b>Utfall 1612</b>	<b>Utfall 1512</b>
<b>Löpande verksamhet</b>			
Årets resultat		-15 690	-78 913
Avskrivningar	4	77 958	78 160
Utrangeringar/nedskrivningar	4	1 379	5
Reavinster/-förluster sålda anläggningstillgångar	6	150	-646
<b>Kassaflöde från löpande verksamhet före förändring av rörelsekapital</b>		<b>63 797</b>	<b>-1 394</b>
<b>Förändring av rörelsekapital</b>			
Ökning-/minskning+ av förråd		178	-590
Ökning-/minskning+ av kortfristiga fordringar	12	96 851	2 076
Ökning+/minskning- av kortfristiga skulder	14	2 869	-22 364
<b>Kassaflöde från löpande verksamhet</b>		<b>163 695</b>	<b>-22 272</b>
<b>Förändring av redovisningsprincip</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Förändring av eget kapital</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Investeringsverksamhet</b>			
Investeringar	7	-101 841	-91 876
Momsjustering vid överlåtelse		0	-33
Anläggningstillgångar överfört mellan enheter		0	-104
Försäljningar anläggningstillgångar	8	1 418	1 380
<b>Kassaflöde från investeringsverksamheten</b>		<b>-100 423</b>	<b>-90 633</b>
<b>Finansieringsverksamhet</b>			
Ökning+/minskning- av långfristiga skulder	13	-69 656	33 915
Erhållna/lämnade bokslutsdispositioner		78 900	245 413
<b>Kassaflöde från finansieringsverksamheten</b>		<b>9 244</b>	<b>279 328</b>
<b>ÅRETS KASSAFLÖDE</b>		<b>72 516</b>	<b>166 423</b>
Ingående likvida medel och kortfristiga placeringar		193 442	27 017
Utgående likvida medel och kortfristiga placeringar		265 958	193 442
<b>Kontroll av årets kassaflöde</b>		<b>72 516</b>	<b>166 425</b>
<b>Differens</b>		<b>0</b>	<b>2</b>



Balansräkning	Not	Utfall 1612	Utfall 1512
<b>Anläggningstillgångar</b>			
Immateriella anläggningstillgångar	9	0	0
Materiella anläggningstillgångar			
- maskiner och inventarier	10	332 011	311 075
- pågående investeringar		0	0
<b>Summa anläggningstillgångar</b>		<b>332 011</b>	<b>311 075</b>
<b>Omsättningstillgångar</b>			
Förråd		23 637	23 815
Kortfristiga fordringar	12	109 379	206 230
Likvida medel		265 958	193 442
<b>Summa omsättningstillgångar</b>		<b>398 974</b>	<b>423 487</b>
<b>Summa tillgångar</b>		<b>730 985</b>	<b>734 562</b>
<b>Eget kapital</b>			
Eget kapital		-78 913	-245 413
Bokslutsdispositioner		78 900	245 413
Årets resultat		-15 690	-78 913
<b>Summa eget kapital</b>		<b>-15 703</b>	<b>-78 913</b>
<b>Avsättningar</b>		<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Skulder</b>			
Långfristiga skulder	13	261 757	331 413
Kortfristiga skulder	14	484 931	482 062
<b>Summa skulder</b>		<b>746 688</b>	<b>813 475</b>
<b>Summa eget kapital, avsättningar och skulder</b>		<b>730 985</b>	<b>734 562</b>

Redovisningen är upprättad enligt de anvisningar som lämnats från Västra Götalandsregionen. Anvisningarna bygger på kommunallagen, lagen om kommunal redovisning samt rekommendationer utfärdade av Rådet för kommunal redovisning.

**Noter:**

<b>1. Verksamhetens intäkter</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Patientavgifter med mera	69 164	72 044
Såld vård internt	4 142 931	4 020 435
Såld vård externt	61 617	62 729
Försäljning material, varor och tjänster, internt	68 815	77 994
Försäljning material, varor och tjänster, externt	42 809	40 658
Hysesintäkter	698	614
Statsbidrag	4 392	6 555
Övriga bidrag, internt	288 996	177 253
Övriga bidrag, externt	5 698	9 969
Övriga intäkter, internt	4 899	13 970
Övriga intäkter, externt	11 588	15 413
<b>Totalt</b>	<b>4 701 607</b>	<b>4 497 634</b>

<b>2. Verksamhetens kostnader</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Personalkostnader	2 850 385	2 813 224
Bemanningsföretag	86 032	88 380
Köpt vård internt	5 892	4 740
Köpt vård externt	72 032	67 376
Läkemedel	556 272	495 973
Lämnade bidrag, internt	0	6 442
Lämnade bidrag, externt	1 626	1 589
Lokalkostnader, internt	289 697	281 901
Lokalkostnader, externt	25 757	22 549
Verksamhetsanknutna tjänster, internt	124 257	118 628
Verksamhetsanknutna tjänster, externt	45 612	32 784
Material och varor, internt	136 654	132 190
Material och varor, externt	239 397	229 687
Övriga tjänster, internt	116 721	112 332
Övriga tjänster, externt	19 845	21 486
Övriga kostnader, internt	36 286	36 023
Övriga kostnader, externt	23 094	25 555
<b>Totalt</b>	<b>4 629 559</b>	<b>4 490 859</b>
<b>3. Personalkostnader, detaljer</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Löner	1 962 158	1 947 384
Övriga personalkostnader	39 180	37 148
Sociala avgifter	849 047	828 692
<b>Totalt</b>	<b>2 850 385</b>	<b>2 813 224</b>
<b>4. Avskrivningar och nedskrivningar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
<i>Avskrivningar</i>		
Maskiner och inventarier	77 958	78 160
<b>Totalt</b>	<b>77 958</b>	<b>78 160</b>
<i>Nedskrivningar</i>		
Maskiner och inventarier	1 150	0
<b>Totalt</b>	<b>1 150</b>	<b>0</b>
<b>Totalt avskrivningar och nedskrivningar</b>	<b>79 108</b>	<b>78 160</b>
<b>5. Finansnetto</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
<i>Finansiella intäkter</i>		
Ränteintäkter, internt	0	152
Ränteintäkter, externt	5	128
Övriga finansiella intäkter, externt	418	470
<b>Totalt</b>	<b>423</b>	<b>750</b>
<i>Finansiella kostnader</i>		
Räntekostnader, internt	9 031	8 160
Räntekostnader, externt	21	23
Övriga finansiella kostnader, externt	1	95
<b>Totalt</b>	<b>9 053</b>	<b>8 278</b>
<b>Totalt finansnetto</b>	<b>-8 630</b>	<b>-7 528</b>
<b>6. Reavinster och reaförluster sålda anläggningstillgångar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Reavinster fastigheter		
Reavinster inventarier	1	679
Momsjustering vid reavinst	0	-33
<b>Totalt</b>	<b>1</b>	<b>646</b>
Reaförluster fastigheter		
Reaförluster inventarier	151	0
<b>Totalt</b>	<b>151</b>	<b>0</b>
<b>Netto reavinster/-förluster</b>	<b>-150</b>	<b>646</b>
<b>7. Investering i anläggningstillgångar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Årets investering i maskiner och inventarier	101 841	91 876
<b>Totalt</b>	<b>101 841</b>	<b>91 876</b>

<b>8. Försäljning anläggningstillgångar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Försäljning maskiner och inventarier	1418	1380
<b>Totalt</b>	<b>1 418</b>	<b>1 380</b>
<b>9. Immateriella anläggningstillgångar inklusive medicin-tekniska informationssystem</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	2 445	2 445
<i>Utgående ackumulerade anläggningstillgångar</i>	<b>2 445</b>	<b>2 445</b>
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>		
Vid årets början	2 445	2 445
<i>Utgående ackumulerade avskrivningar</i>	<b>2 445</b>	<b>2 445</b>
<i>Utgående restvärde</i>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>10. Maskiner och inventarier</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	1 575 616	1 549 193
Nyanskaffningar	101 841	91 876
Omklassificeringar	0	1 589
Överfört mellan enheter	0	202
Försäljningar/utrangeringar	-11 729	-67 244
<i>Utgående ackumulerade anläggningstillgångar</i>	<b>1 665 728</b>	<b>1 575 616</b>
<i>Akkumulerade avskrivningar</i>		
Vid årets början	1 264 539	1 252 819
Årets avskrivning och nedskrivning	79 108	78 160
Överfört mellan enheter	0	98
Försäljningar/utrangeringar	-10 254	-66 538
Korrigerig avskrivningar och nedskrivningar	323	0
<i>Utgående ackumulerade avskrivningar</i>	<b>1 333 716</b>	<b>1 264 539</b>
<i>Utgående restvärde</i>	<b>332 012</b>	<b>311 077</b>
<b>11. Pågående investeringar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
<i>Akkumulerade anskaffningsvärden</i>		
Vid årets början	0	1 589
Omklassificeringar	0	-1 589
<i>Utgående ackumulerade anläggningstillgångar</i>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>12. Kortfristiga fordringar</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Kundfordringar, internt	16 778	41 344
Kundfordringar, externt	14 193	24 584
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, internt	27 281	22 531
Förutbetalda kostnader och upplupna intäkter, externt	14 407	19 675
Övriga fordringar, internt	24 165	92 937
Övriga fordringar, externt	12 555	5 159
<b>Totalt</b>	<b>109 379</b>	<b>206 230</b>
<b>13. Långfristiga skulder</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Övriga långfristiga skulder, internt	261 757	331 413
<b>Totalt</b>	<b>261 757</b>	<b>331 413</b>
<b>14. Kortfristiga skulder</b>	<b>1612</b>	<b>1512</b>
Leverantörsskulder, internt	8 842	4 975
Leverantörsskulder, externt	69 079	81 511
Semesterskuld	144 776	143 687
Löner, jour, beredskap, övertid	78 532	82 686
Arbetsgivaravgifter, källskatt, F-skatt	97 791	99 067
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, internt	66	1 990
Upplupna kostnader och förutbetalda intäkter, externt	22 538	23 831
Övriga kortfristiga skulder, internt	51 558	33 081
Övriga kortfristiga skulder, externt	11 749	11 234
<b>Totalt</b>	<b>484 931</b>	<b>482 062</b>

## 11. Tillkommande rapportering

### 11.1 Påverkan till följd av den rådande flyktingsituationen

Efter en dramatisk ökning av antalet vårdkontakter med asylsökande under slutet av år 2015 ses efter sommaren 2016 en sjunkande trend. Antalet vårdkontakter med tolk ligger dock kvar på en fortsatt hög nivå, vilket delvis beror på bättre registreringsrutiner under 2016.

De flesta verksamheter i NU-sjukvården har påverkats av flyktingsituationen men i olika grad. Detta kan dock oftast inte utläsas specifikt i utökad produktion eftersom det istället lett till undanträngning av andra patienter. En indikator på detta är att inte verksamheterna i alla delar nått upp till produktionsmålen i VÖK respektive PK, vilket fått ekonomiska effekter på intäktsidan.

De specifika ekonomiska indikatorer på ökad belastning och ökade kostnader som finns tillgängliga är dels tolkkostnader som ökat relativt måttligt, dels asylintäkter. Högst bokföringsunderlag för asylsökande, i relation till verksamhetens storlek, redovisas för barn, kvinnokliniken, BUP, infektion och vuxenpsykiatri. Intäkter från Migrationsverket ger dock inte hela summan eftersom flyktingar som fått uppehållstillstånd inte ersätts av Migrationsverket.

- Förlossningsvården påverkas då gravida under flykt, ofta tidigare kejsarsnitt vid omfödelse, kräver särskilt omhändertagande.
- Barnsjukvården påverkas av fler hälsoundersökningar inklusive kostnader för provtagningar, tolkkostnader och tekniska hjälpmedel för att ha telefontolk.
- Ögonkliniken har sett ett ökat inflöde av remisser, där framförallt asylsökande barn behöver snar bedömning och åtgärd. Tolkkostnaderna har ökat och barnväntelistan har förlängts.
- Psykiatrin, både vuxen och barn, har erfårit en ökning av posttraumatiska stress-syndrom och annat omhändertagande av tillstånd orsakade av flykt och asylsituation.

### 11.2 Verksamheternas säkerhetsarbete

Verksamhetens samlade säkerhetsarbete utifrån angivna 13 styrmål i gällande säkerhetsstrategi redovisas separat till Koncernkontoret, se även bilaga 3.

Sammanfattningsvis kraftsamlade NU-sjukvården under 2016 inom säkerhet- och beredskapsområdet. NU-sjukvårdens befintliga struktur för säkerhets- och krishantering har visat behov av revidering. Senaste årens erfarenheter visar att kriser av olika slag kräver att sjukhuset har krisplaner som kan möta händelser av stor variation och komplexitet med allt ifrån olyckor med stort skadeutfall till händelser med social oro, hot och våld, eller rent interna händelser av icke medicinsk karaktär såsom störningar i försörjning av IT, värme eller vatten.

Under året beslutades därför att ledningsstrukturen för området säkerhet- och beredskap ska förändras samt att ett samlat säkerhets- och beredskapsråd ska inrättas. Detta råd kommer ha det samlade ansvaret för NU-sjukvårdens säkerhets-, risk-, kris- och katastrofmedicinska planering. Detta innefattar:

- ansvarar för planering och beredning av ärenden
- beslutar om förändringar av säkerhets- och beredskapsplaner
- ansvarar för förankring, kommunikation och genomförande av beslut
- ansvarar för uppföljning och kontroll av säkerhet och beredskapsfrågor
- remissinstans för säkerhets- och krisfrågor

Under året påbörjades en genomgripande revidering av förvaltningens samtliga krisplaner. Detta arbete förväntas färdigställas under 2017. En integrerad elektronisk mall för samlad

skyddsronnd mellan HR, säkerhet och miljö implementerades och utvärderades med gott resultat. Vidare genomfördes ett större antal utbildningar inom risk- och krisberedskap, katastrofmedicin, kemsanering, trauma samt inom PKL.

### **11.3 Uppföljning av intern kontroll under 2016**

Intern kontroll ingår som en del i NU-sjukvårdens uppgiftsplikt och ska säkerställa

- Ändamålsenlig och effektiv verksamhet
- Tillförlitlig ekonomisk rapportering
- Efterlevnad av gällande lagar och förordningar

Intern kontroll påverkar alla delar av organisationen. Den är inte begränsad till uppföljning av ekonomi utan ingår som en del av systemet för styrning och ledning. Arbetet med intern kontroll uppmärksammar och hanterar risker och bidrar därmed till en effektiv verksamhet och måluppfyllelse.

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade i november 2015 om en intern kontrollplan för NU-sjukvården 2016. I årsredovisningen 2016 redovisas aktuellt läge kring de åtgärder och aktiviteter som genomförts eller pågår.

Uppföljningen av den interna kontrollplanen har inte föranlett några särskilda korrigerande åtgärder från sjukhusledningen. Se bilaga 1.

### **11.4 Särskild återrapporteringar enligt beslut i RF**

Avsnittet är inte tillämpligt för NU-sjukvården.

## 12. Fördjupad rapport till egen styrelse

### 12.1. Komprimerad verksamhetsplan 2016 för NU-sjukvården

Mätetal	Målvärde 2016	Utfall augusti 2016	Utfall 2016 (helår)	Kommentar 2016-12
<b>VI HAR KRAFT ATT GENOMFÖRA</b>				
<b>Ekonomi i balans</b>				
1. Budgetavvikelse	0 mnkr	-29 mnkr	-16 mnkr	Resultatet för 2016 uppgår till -16 mnkr, dvs inom ramen för regionfullmäktiges godkända resultat för NU-sjukvården om minus 40 mnkr.  Resultatet är bättre än prognoserna under hösten, beroende på högre intäkter än prognosticerat.
<b>Rätt kompetens på rätt plats</b>				
2. Kostnaderna för bemanningsföretag	30 mnkr	47 mnkr	86 mnkr	Kostnaden för bemanningsföretag minskade med 2 mnkr jämfört med 2015. Bemanningssläkare minskade med 12 mnkr, bemanningssköterskor ökade med 10 mnkr.
<b>VI HAR KVALITET OCH TILLGÄNGLIGHET</b>				
<b>Goda medicinska resultat</b>				
3. Andel regionala kvalitetsindikatorer, där NU-sjukvården når regionala måltal	>85%	61%	61%	Avser helår till och med kvartal 3/2016.  NU-sjukvården uppfyller regionens mål helt för elva indikatorer, delvis för tre indikatorer och uppfyller inte fyra indikatorer.  De avvikelser som ses är inom diabetes, stroke, ortopedi, kirurgi och ögon.

Mätetal	Målvärde 2016	Utfall augusti 2016	Utfall 2016 (helår)	Kommentar 2016-12
4. Andel regionala kvalitetsindikatorer, där NU-sjukvården når regionala måltal (psykiatri)	40% (5/13)	47% (7/15)	i.u.	Fyra av sex indikatorer kan inte följas på verksamhetsnivå. Av övriga uppfyller NU-sjukvården en indikator (andel patienter som får sitt tillstånd efter ECT bedömt med skattningsformulär eller intervju) och uppfyller inte en indikator (andel med skriftlig vårdplan).
<b>Rätt vård i rätt tid</b>				
5. Total vistelsetid TVT; Andel patienter med < 4 tim vid besök på akutmottagning	75%	59%	57%	Målet för TVT nås inte. Test av nya arbets sätt är framtagna i samarbete med konsulter från McKinsey. Påbörjas i januari 2017.
<b>Säker vård</b>				
6. Vårdrelaterade infektioner inom den somatiska slutenvården	<6% (Infektionsverktyget)	i.u.	5,6% (Infektionsverktyget)	NU-sjukvården har en Strama-ansvarig läkare men det har tagit tid att få till ansvariga på varje klinik. Fortfarande stor andel felregistreringar, 50 procent av VRI registreras som SFI (sambandsförvärd infektion) och ny validering planeras under 2017. Då värdena inte är valida planeras nu PPM (punktprevalensmätning) under våren. Arbete pågår med att införa VGR:s nya städriktlinjer. Beräknas vara implementerade under hösten 2017. Följsamhet till BHK (basala hygien- och klädrutiner) ser olika ut, där något område har förbättringspotential. Utbildningsinsatser inom antibiotikaområdet och inom dessa delar kan det ses en tydlig förbättring i statistiken.

Mätetal	Målvärde 2016	Utfall augusti 2016	Utfall 2016 (helår)	Kommentar 2016-12
7. Andel patienter (18 år och äldre) med trycksår	<13%	i.u.	18%	Kategori 1 = 69 procent Kategori 2-4 = 31 procent Sårombudsträffar har genomförts liksom regionala möten för kunskapsutbyte.
8. Andel patienter inom slutenvård med läkemedelsberättelse som patienten tar del av	75%	57%	58%	Ny rutin implementerades under året, mottagandet var varit gott och användningen har tydligt ökat jämfört med tidigare rutin. Då internt omflyttade patienter och avlidna ingår i statistiken kan inte 100 procent uppnås.
<b>PATIENTENS FÖRSTAHANDSVAL</b>				
9. Andel aktiva processer som har en handlingsplan för att få patienterna delaktiga i utvecklingsarbetet	>90%	i.u.	50%	Inte möjligt att redovisa eftersom tydlig definition av nämnare saknas. Antal verksamheter som använder systematiska metoder för att ta tillvara patienters och närstående synpunkter är i nuläget 11/22.
10. Andel patienter som upplever att de varit delaktiga i planeringen av sin egen vård	PUK >80%	i.u.	ÖV 90% SV 78%	Anger andel positiva svar för frågan "Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i beslut om din vård och behandling?". Avser somatisk öppenvård (ÖV) och slutenvård (SV), exkl akuten.
<b>VI SKAPAR VÄRDE FÖR PATIENTERNA</b>				
<b>Gränsöverskridande samarbete</b>				
11. Andel oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar efter slutenvård	<8%	12%	13,8%	På grund av eftersläpning redovisas resultat till och med september 2016.
12. Antal dagar från utskrivningsklar till utskrivning	2 200/månad	2 412/månad	2 332/månad	Under året har omfattande kontakter och samarbete skett med kommunerna för att minska antalet utskrivningsklara patienter.
13. Antal dagar med betalningsansvar, medicinskt färdigbehandlade	240/månad	216/månad	184/månad	Under året är det en minskande trend för dagar med betalningsansvar.



**Bilaga 1** Avrapportering intern kontroll i NU-sjukvården 2016

**Bilaga 2** Patientsäkerhetsberättelse 2016

**Bilaga 3** Säkerhetsrapport 2016

**Bilaga 4** Organ-/vävnadsdonation inom NU-sjukvården 2016

**Bilaga 5** Årsberättelse 2016 för sjukskrivningsprocessen inom NU-sjukvården

NU-sjukvården

Marith Hesse  
Ordförande

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

## Avrapportering intern kontroll 2016 inom NU-sjukvården

Styrelsen för NU-sjukvården beslutade i november 2015 om en intern kontrollplan för NU-sjukvården 2016. I årsredovisningen 2016 redovisas aktuellt läge kring de åtgärder och aktiviteter som genomförts eller pågår.

Uppföljningen av den interna kontrollplanen har inte föranlett några särskilda korrigerande åtgärder från sjukhusledningen.

Granskningsområde	Risker	Åtgärder/aktivitet	Kommentar
Personal	Sjuksköterskebrist	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Arbeta för en god arbetsmiljö och robusta arbetsplatser</li> <li>b. Arbeta med normtal och chefers förutsättningar</li> <li>c. Arbeta med handlingsplaner och aktiviteter utifrån medarbetarenkät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Påbörjat arbete utifrån NU-sjukvårdens handlingsplan för att sänka sjukfrånvaron. Respektive chef arbetar enligt handlingsplan i medarbetarenkät</li> <li>b. Dialog har skett i arbetsgrupp och arbete pågår i respektive område</li> <li>c. Handlingsplaner upprättade och aktiviteter genomförs</li> </ul>
	Brister i kompetens- och personalförsörjning	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Arbeta med uppgiftsväxling</li> <li>b. Fortsätta att fortbilda personal, ex utbilda specialistsjuksköterskor</li> <li>c. Fortsatt aktiv marknadsföring på kort och lång sikt</li> <li>d. Rekrytering med personliga kontakter och att nå vår målgrupper där de befinner sig, ex sociala medier</li> <li>e. Utveckla bemanningsstrukturer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Projekt, planering och implementering pågår och är i olika faser</li> <li>b. Fördelat utbildningstjänster och utbildningsbidrag</li> <li>c. Genomfört planerade aktiviteter</li> <li>d. Genomfört planerade aktiviteter</li> <li>e. Arbete pågår, effektiv bemanningmöten genomförs</li> </ul>

Gransknings- område	Risker	Åtgärder/aktivitet	Kommentar
Vård	Vårdgarantin uppnås inte	a. Säkerställa att medicinskt högt prioriterad vård prioriteras	a. Löpande arbete pågår kring att säkerställa rutiner kring prioritering av vård och behandling.
	Att inte ge den vård som behövs	<p>a. Fortsätta utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Arbeta vidare med benägenhet att registrera avvikelser, genomföra händelse- och riskanalyser samt en mer systematisk uppföljning och spridande av lärdomar.</p> <p>b. Översyn av rutiner kring ärendehantering (IVO, LÖF, Patientnämnden)</p> <p>c. Utveckling av synpunktshandling inom NU-sjukvården</p>	<p>a. Pågår. Systematisk uppföljning på förvaltningsnivå av ärenden i NITHA har startats. Genomgång av oavslutade ärenden i MCP, där patient riskerat eller drabbats av vårdskada. Återkoppling har skett till aktuella verksamheter.</p> <p>Patientsäkerhetsdialogmöten genomförda under Q3 och Q4 mellan sjukhusledning och de enskilda verksamheterna.</p> <p>b. Pågår. Pilot kring enskilda IVO-ärenden.</p> <p>c. Pågår. Pilot kring elektronisk synpunktshandling har genomförts och fortsätter som en del inom personcentrerat arbetssätt. Inom flera verksamheter pågår arbete med att bättre ta vara på patienters och närståendes synpunkter i förbättringsarbetet.</p>
	Caliciutbrott	Fortsätta utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet	Andel rätt dokumenterad smitt-riskbedömning gastroenterit vid inläggning mäts genom stickprov. Följsamhet till rutin för riskbedömning gällande calici var vid senaste mätningen <50%.

Gransknings- område	Risker	Åtgärder/aktivitet	Kommentar
<b>Allvarliga störningar</b>	Avbrott mediaförsörjning (el/vatten/IT/telefoni/kyla/värme/mat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Utredning och förändring av NU-sjukvårdens krisorganisation</li> <li>b. Total omarbetning av NU-sjukvårdens katastrofplan</li> <li>c. Etablering av fast krisledningsrum samt utredning av möjlighet att etablera trygghetscentral enligt VGR-koncept</li> <li>d. Dialog och etablering av handlingsplaner för säkrare mediaförsörjning i samarbete med berörda förvaltningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Beslut taget i sjukhusledningen om förändring av förvaltningens krisorganisation genom inrättande av ett säkerhets- och beredskapsråd i NU-sjukvården.</li> <li>b. Pågår, ny version maj 2017.</li> <li>c. Pågår. Start mars 2017.</li> <li>d. Pågår. El-säkerhetskommitté etablerad, där chef för MT (medicinsk teknik) är sammankallande. Förvaltningen deltar i regiongemensam process för säkrare mediaförsörjning.</li> </ul>

Granskningsområde	Risker	Åtgärder/aktivitet	Kommentar
<b>Ledarskap och kommunikation</b>	Felaktig och brist på information skapar oro	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Utveckla informationskanaler till chefer och mötesformer för chefer</li> <li>b. Sjukhusledningen genomför löpande besök i verksamheten</li> </ul>	<i>Chefsplatsen</i> på intranätet och e-postutskicket <i>chefs brevet</i> till samtliga chefer har vidareutvecklats. Sjukhusledningen har deltagit i patientsäkerhetsdialoger med varje verksamhet.
	Bristande samverkan	a. Årlig utvärdering kring samverkansavtalet	Utvärdering ska göras var fjärde kvartal.
	Bristande följsamhet till förvaltningsövergripande beslut	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Utveckla en gemensam NU-anda för en gemensam framtidstro</li> <li>b. Ökad transparens i beslutsprocesser</li> </ul>	Gruppen <i>Stora sjukhusledningen</i> bestående av cirka 50 chefer från sjukhusledning och områdesledningar har inrättats och möts en gång i månaden för att bereda och besluta om sjukhusövergripande frågor för ökad involvering och följsamhet.
	Otillräcklig chefsförsörjning	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alla nya chefer genomgår "Ny chef"-utvecklingsprogram</li> <li>b. Utbildning för "gamla" chefer</li> <li>c. Vidareföra konceptet Medarbetarskap &amp; Ledarskap</li> </ul>	Utvecklingsprogrammet <i>Ny chef</i> fortsätter. Introduktionsprogrammet för nya chefer har förändrats och utvidgats. Vissa moduler i programmet riktas också till chefer som har varit chefer en längre tid. Arbeta med gemensamt arbetsgivarvarumärke pågår. Utveckling av chefs- och ledarskap är centrala delar.

Gransknings- område	Risker	Åtgärder/aktivitet	Kommentar
<b>Ekonomi</b>	Prognossäkerhet	Ökad dialog med ägare i flera olika forum Säkerställa och utveckla underlag till prognoser	Utökad dialog har skett med Koncernkontoret som initierat projekt för att förbättra hanteringen av statsbidrag.
	Ojämnt inflöde av inomregionala intäkter		
	Bristande dialog och kommunikation mellan beställare och utförare	Ökad dialog kring mål och resurser	Utökad dialog mellan presidierna för Norra hälso- och sjukvårdsnämnden och NU-sjukvården.  Utbildningsdag genomförd för Norra hälso- och sjukvårdsnämnden.
	Korta budgetperioder (1 år)	Arbeta med längre planeringshorisonter inom NU-sjukvården	Planering avseende lokaler förbättrats.  Uppdatering ska ske av Utvecklingsplanen som har ett mångårigt perspektiv.
	Anpassning till ekonomiska ramar	Frekvent uppföljning Identifiera ytterligare områden där effektiviseringspotential finns	Månatliga uppföljningsmöten sker mellan förvaltningschef och respektive områdeschef.  Potentialer finns avseende produktions- och bemanningsplanering samt högt användande av bemannings-sjuksköterskor.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

## Säkerhetsrapport 2016 för NU-sjukvården

Verksamhetens samlade säkerhetsarbete utifrån angivna 13 styrmål i gällande säkerhetsstrategi redovisas separat till Koncernkontoret enligt nedanstående mall/svarsjournal.

<b>Publikationsnamn</b>	Säkerhetsredovisning 2016
<b>Namn</b>	
<b>Datum</b>	2016-12-30 13:46:37
<b>1. Ange förvaltning eller bolag</b>	NU-sjukvården
<b>2. Ansvarig tjänsteman för svar i denna enkät är:</b>	Anders Kullbratt
<b>3. Svar i denna enkät har tagits fram:</b>	Nej, inte i samråd med andra förvaltningar
<b>4. Antal personer som har medverkat och påverkat svar i denna enkät är:</b>	5-10 personer
<b>5. Mål 1 - Regionövergripande och regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser inom VGR</b>	Följande behöver hanteras:
<b>5. Mål 1 - Regionövergripande och regiongemensamma risker som behöver hanteras över förvaltnings- och bolagsgränser inom VGR - Följande behöver hanteras:</b>	Kontinuitetshantering, media försörjning (el, vatten, värme, kyla, gaser etc), kräver utökat samarbete med Västfastigheter och Regionservice. Under 2017 är det tänkt att Västfastigheter tar över fastighetsbundna säkerhetssystem, här finns risk att vårt planerade utbyte av system- och underhåll av dessa kan påverkas negativt. När det gäller CBRNE-frågor krävs utökad samverkan, men framförallt en regional samordning som idag saknas.
<b>6. Mål 1 - Avvikelse hanteras på ett systematiskt sätt.</b>	3
<b>7. Mål 1 - Verksamhetens lokaler är säkerhetsklassificerade</b>	1
<b>8. Mål 2 - Ledningen har regelbunden genomgång av säkerhetsfrågor</b>	2
<b>9. Mål 3 - Västfastigheter har ansvar för fastighetsbundna säkerhetsanläggningar</b>	3
<b>10. Mål 5 - Handlingsplan för säkerhetsarbetet finns och är fastställd av nämnd, styrelse eller bolagsstyrelse.</b>	3
<b>11. Mål 5 - Krishanterings- och beredskapsplan finns och är fastställd av nämnd eller styrelse och uppfyller krav i Västra Götalandsregionens krishanteringsplan, se i bilaga 2 i planen.</b>	Ja och kommentaren är:
<b>11. Mål 5 - Krishanterings- och beredskapsplan finns och är fastställd av nämnd eller styrelse och uppfyller krav i Västra Götalandsregionens krishanteringsplan, se i bilaga 2 i planen. - Ja och kommentaren är:</b>	Under 2017 förväntas helt ny Säkerhets- och beredskapsplan presenteras för NU-sjukvårdens styrelse.

12. Mål 5 - Har risk- och sårbarhetsanalyser (RSA) genomförts under året i syfte att förbättra krishanteringsförmågan?	Nej
13. Mål 5 - Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under året som påverkat krishanteringsförmågan?	Ja och exempel på åtgärder är:
13. Mål 5 - Har skydds- och förbättringsåtgärder genomförts under året som påverkat krishanteringsförmågan? - Ja och exempel på åtgärder är:	vi har initierat arbetet med att etablera en Trygghetscentral.
14. Mål 5 - Verksamheten genomför övningar inklusive utvärderingar inom området kris- och katastrofledning	4
15. Mål 6 - Anställda i verksamheten erbjuds utbildning i personsäkerhet	3
16. Mål 7 - Förvaltningens skyddsvärda information är identifierad	4
17. Mål 7 - Det finns rutiner som kan tillämpas vid IT-avbrott	4
18. Förvaltningar inom hälso- och sjukvård	Ja, min verksamhet är inom hälso och sjukvård
19. Har granskningar och/eller riskanalyser genomförts under året?	Ja - Granskningar/riskanalyser är t.ex:
19. Har granskningar och/eller riskanalyser genomförts under året? - Ja - Granskningar/riskanalyser är t.ex:	Uppföljning efter längre stabsläge i samband med kraftig störning på inomhusmiljön på Operation NÅL, pågår.
20. Har skydds- och förbättringsåtgärder av större betydelse genomförts under året?	Nej - Inget att redovisa utöver det svar som återfinns i tidigare fråga kring krishantering.
21. Vi arbetar aktivt med att förbättra patientsäkerheten	4
22. Misstag i vården har lett till positiva förändringar	4

NU-sjukvården

Anders Kullbratt  
Planeringschef  
Bitr sjukhusdirektör



# VERKSAMHETSBERÄTTELSE 2016

**Organ-/vävnadsdonation  
Inom NU-sjukvården**

***Jenny Gustafsson***  
***Donationsansvarig Läkare***

## Innehållsförteckning

<b>2.</b>	<b>Verksamhetens övergripande uppdrag</b> .....	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Verksamhetens arbete och följsamhet till uppsatta mål 2014</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1.</b>	<b>LOKAL HANDLINGSPLAN.</b> ....	<b>4</b>
<b>3.2.</b>	<b>VERKSAMHET MED HORNHINNEDONATIONER.</b> .....	<b>5</b>
<b>3.3.</b>	<b>ORGANDONATION.</b> .....	<b>6</b>
<b>3.4.</b>	<b>UTBILDNING.</b> .....	<b>8</b>
<b>3.5.</b>	<b>KOMPETENSUTVECKLING</b> .....	<b>8</b>
<b>3.6.</b>	<b>DOKUMENTATION</b> .....	<b>8</b>
<b>3.7.</b>	<b>INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN</b> .....	<b>9</b>

## 1. Bakgrund

**Nya rekommendationer för donationsansvariga läkare och sjuksköterskor.** Socialstyrelsen (SoS) ersätter Donationsrådets rekommendationer från 2007 för donationsansvariga läkare (DAL) och donationsansvariga sjuksköterskor (DAS) roll inom donations-verksamheten. Den nya rekommendationen riktar sig till vårdgivare och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården. Syftet är att funktionen DAL och DAS ansvar och uppdrag i vårdgivarens linjeorganisation ska bli tydligare.

I de nya rekommendationerna betonas att DAL och DAS ska vara en del av kvalitets- och ledningssystemet och att vårdgivaren är ansvarig för att ledningssystemet anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning. Sedan 2010 har det funnits i NU-sjukvården en lokal donationsorganisation med tillsättande av en DAL och en DAS. Dessa har varit organisatoriskt underställda sjukhusledningen.

Fr.o.m. 2015 utgör donationsverksamheten del av AnOpIVA-klinkens verksamhetsområde, DAL blir då medicinskt ledningsansvarig för organ- och vävnadsdonationsverksamheten.

I VGR finns en regional enhet för organdonation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Enheten finns organisatoriskt inom sjukhusgemensam administration och sorterar direkt under sjukhusets kvalitetsdirektör för att markera enhetens oberoende.

## 2. Verksamhetens övergripande uppdrag

Uppdraget som donationsansvarig läkare och donationsansvarig sjuksköterska innebär att ansvara för att:

1. aktivt arbeta för att identifiera donatorer
2. skapa rutiner för organ- och vävnadsdonation, t.ex. genom att  
Upprätta lokala handlingsplaner för donationsverksamheten.

3. höja kunskapsnivån genom att utbilda och informera om organ- och vävnadsdonation inom sjukhuset, så att denna verksamhet ingår som en naturlig del av den övriga hälso- och sjukvården.
4. kvalitetssäkra, följa upp verksamheten och regelbundet rapportera till sjukhusets ledning.
5. fortlöpande registrera samtliga dödsfall inom intensivvården till Svenskt intensivvårdsregister, SIR. En rapportering av möjliga och verkliga donatorer har visat sig leda till en ökning av antalet donatorer.
6. aktivt bidra till att erforderlig kompetens upprätthålls inom organisationen
7. fortlöpande samarbeta med den regionala enheten för donationsfrågor och med Socialstyrelsen i syfte att förbättra och utveckla verksamheten rörande organ- och vävnadsdonation.
8. upprätthålla en kontinuerlig kontakt och ett nära samarbete med den del inom hälso- och sjukvården som utför transplantationer (transplantationsenheterna).

### **3. Verksamhetens arbete och följsamhet till uppsatta mål 2014**

#### **3.1. LOKAL HANDLINGSPLAN.**

Redan 2012 utarbetades en lokal handlingsplan för omhändertagandet av organdonator, som reviderades under 2013, 2014 och 2015. Tillsammans med den regionala Donationspärmen utgör den fundamentet för att skapa säkra rutiner för medicinskt omhändertagande av möjlig donator på IVA och Operation. Dessa beskriver hela donationsprocessen från att donator identifierats till uttagsoperation på C-Operation och omhändertagandet av den avlidne på IVA för möjlighet till avsked av anhöriga.

Under 2016 har alla rutiner uppdaterats och gjorts tillgängliga via intranätet. Även hemsidan har omarbetats och gör så fortlöpande.

### 3.2. VERKSAMHET MED HORNHINNEDONATIONER.

Hornhinnetransplantationer är det vanligaste transplantations-ingreppet i Sverige. Varje år utförs cirka 600 operationer. Ändå skulle cirka 900 hornhinnetransplantationer per år behöva utföras i vårt land. Det stora hindret är bristen på donerade hornhinnor.

Under 2013 startade verksamheten med tillvaratagande på hornhinnor på avlidna på våra vårdavdelningar. Samarbetsformer med vävnadsbanken i Göteborg och Patologen/Obduktion, NU-sjukvården, upprättades. Lokala riktlinjer och handlingsplaner upprättades för screening och utredning av potentiella hornhinnedonatorer och för samtyckesinhämtning. (se under "donation" på intranätet)

DAL och DAS har fått behörighet till donationsregistret.

Inom ramarna för DAL och DAS tjänstgöringsgrad har inrättats en beredskapslinje 2-3 dagar i veckan, vilket innebär att när potentiell donator identifierats på Patologen startar arbetet med medicinsk utredning, kontroll i donationsregistret, inhämtning av samtycke och kontakt med vävnadsbanken. Vävnadsuttaget sker på Obduktion av personal från Vävnadsbanken i Göteborg. Resurserna från DAL/DAS, obduktion och hornhinnebanken räcker inte till under de tre sommarmånaderna.

Under det föregående året har antalet hornhinnedonationer och utredningar minskat något. Detta beror på att vi under året har ersatt såväl DAL som DAS, och utbildningar har tagit upp en del av den tid som förut kunde läggas på utredningar. Till 2017 är förhoppningen att vi återigen kommer upp i siffror motsvarande 2015.

#### Utfall

År	Donations-utredningar	Hornhinneuttag (n hornhinnor)
2013	24	6 (12)
2014	31	11 (22)
2015	89	32 (64)
2016	52	23 (46)

### 3.3. ORGANDONATION.

Målsättningen med verksamheten är att inga möjliga organdonatorer missas. Uppföljningen sker via Svenska Intensivvårdsregistret där samtliga avlidna patienter på IVA registreras, vilket ger oss möjlighet till en nationell, heltäckande uppföljning av all intensivvårdspatienter i Sverige samt jämförelser med andra sjukhus.

Nationella rådet för organ, vävnad, celler och blod har tagit fram nya nationella mätetal som är till för att kvalitetssäkra organdonation hos vårdgivaren och vara vårdgivarens instrument för att identifiera vad som kan förbättras inom området. Vid framtagning av dessa mätetal har de, som framtagits av EU-projektet ODEQUS (Organ Donation European Quality System), använts som grund. Dessa mätetal började registreras till SIR 2016-01-01.

Det rekommenderas att registreringen hanteras av donationsansvariga läkare och sjuksköterskor (DAL och DAS). Mätetalen graderas A, B eller C, där mätetal markerade "A" bedömts vara av största vikt och "C" av lägst vikt.

Mätetalen 1, 2, 3 och 11 redovisar förekomst av tillsatta DAL och DAS, förekomst av PM som styr donationsverksamheten samt given utbildning. Dessa mätetal registreras årligen via ett webb-formulär från Svenskt intensivvårdsregister (SIR).

Underlag för mätetalen 4, 5, 6, 9 och 12 registreras genom inmatning i Svenskt intensivvårdsregisters modul "Avlidna på IVA" och sker med fördel i nära anslutning till dödsfallet på intensivvårdsavdelningen enligt befintliga rutiner för detta. Sammanställning görs årligen av SIR och ger möjlighet till både lokala, regionala och nationella uppföljningar.

Mätetalen 7, 8 och 10 kan användas för lokala uppföljningar av donationsverksamheten.

Ny nomenklatur har införts för att skapa kongruens och anpassning till transplantationsverksamheten och korrekta jämförelser i Socialstyrelsens årliga sammanställning av donatorer.

Med **möjlig organdonator** menas patient med svår nyttillkommen hjärnskada, som vårdas i respirator vid ankomst till eller under vårdtiden på intensivvårdsavdelning där patientens hjärnfunktioner inte är metaboliskt eller farmakologisk påverkade och samtliga av 1-3 nedan är uppfyllda:

1. RLS > 6 eller GCS < 5
2. Bortfall av spontanandning *eller* minst en kranialnervsreflex
3. Hög sannolikhet för utvecklande av total hjärninfarkt

Med **potentiell donator** menas en möjlig donator som misstänks uppfylla de direkta kriterierna för total hjärninfarkt och diagnostik av total hjärninfarkt planeras.

Med **lämplig donator** menas en potentiell donator som konstaterats avliden med de direkta kriterierna där medgivande för donation finns och är medicinskt lämplig som donator.

Med **aktuell donator** en lämplig donator där hudincision gjorts i syfte att ta till vara organ för transplantation eller där minst ett organ tagits ut i syfte att transplanteras.

Med **faktisk donator** menas en aktuell donator där minst ett organ har tagits till vara och transplanterats.

Uppföljning av avlidna på IVA belyser intensivvårdens förmåga att i tid identifiera möjliga organdonatorer och att förvalta arbetsuppgiften i samtalet med närstående.

Under 2016 har det nya avlidenprotokollet registrerats och rapporterats till SIR.

Målsättningen är att alla avlidna skall ha ett ifyllt och registrerat protokoll som är granskat av DAL/DAS.

Där döden konstaterats med **direkta kriterier** skall kontakt vara tagen med transplantationskoordinator.

Varje år avlider cirka 100 000 personer i Sverige. För att man ska kunna använda donerade organ, måste dödsfallet inträffa på en intensivvårdsavdelning under pågående respiratorbehandling. Uppskattningsvis avlider omkring 200–250 personer under sådana omständigheter att organdonation är möjlig.

Under 2016 avled 136 patienter på IVA, NU-sjukvården. Alla 136 hade ett ifyllt protokoll.

- Av dessa 136 protokoll var 136 granskade av DAL.
- Av dessa 136 avlidna patienter hade döden fastställts med indirekta kriterier (hjärtdöd) på 126 patienter. 9 patienters död fastställdes med direkta kriterier, där man i 9 fall varit i kontakt med transplantationskoordinator.

- Av de avlidna 136 patienter har dokumentationen i journalen varit korrekt i 135 av fallen, ett av fallen är nu föremål för intern granskning.
- Således har NU-sjukvården uppfyllt målnivåerna avseende avlidna på IVA på alla utom en av punkterna.
- Av dessa 9 avlidna inleddes donationsprocessen i 9 av fallen. 3 av fallen hade lämnat "nej till donation" i donationsregistret. 6 avlidna gick till uttagsoperation, och i alla fall kunde donationsprocessen och uttagsoperationen fullföljas. I alla fall med ett flertal organ som kunde transplanteras med lyckat resultat.

### **3.4. UTBILDNING.**

Under 2016 genomfördes utbildning för IVA- och operationspersonal kring DCD.

Under 2016 genomfördes utbildningstillfällen för all IVA-personal.

Under 2016 har ny DAL och DAS genomgått nationella utbildningar; EDHEP, grundläggande donationsutbildning, vävnadsdonation samt Avancerad donationsutbildning.

Tillsammans med den regionala organisationen påbörjades satsning på vidareutbildning på nyckelfunktioner och åtgärder. T.ex. handledning och utbildning av IVA-läkare i klinisk hjärndödsdiagnostik.

Införande av utbildning i donationsfrågor i läroplattformen "Ping-Pong".

### **3.5. KOMPETENSUTVECKLING**

DAL och DAS uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och råd avseende kompetenskrav genom att ha deltagit i de nationella utbildningarna som leder fram till certifiering.

Under 2016 har vi deltagit i de regionala och nationella möten som ordnats för regionens och landets alla DAL och DAS.

### **3.6. DOKUMENTATION**

Gemensam donationsjournal med Hornhinnebanken har införts för vävnadsdonation.

Arbete med regiongemensam donationsjournal i Melior har fortsatt.



Införande av regiongemensam vårdsammanfattning i Melior, med gemensamma sökord har genomförts.

### **3.7. INFORMATION TILL ALLMÄNHETEN**

Flera studier visar att svenska medborgare är positivt inställda till att bli organ- och vävnadsdonatorer. Det är av stor vikt att fortsätta att informera allmänheten sakligt om innebörden av att bli donator.

Flera event med information i sjukhusentrén och matsal på såväl NÄL som Uddevalla har genomförts. I samband med donationsveckan planterades ett träd i en ny minneslund för att hedra alla donatorer i NU-sjukvården. I samband med det så var såväl lokalradio som – press närvarande. Planen är att i samband med varje års donationsvecka uppmärksamma och hedra våra donatorer med en minnesstund och tända ljus i minneslund, vid trädet.

Årsredovisning 2016 – bilaga 5  
Datum 2017-01-05

Västra Götalandsregionen  
NU-sjukvården/utvecklingsenheten  
Handläggare: Gunilla Christiansson  
Telefon: 010-435 65 04  
E-post: gunilla.christiansson@vgregion.se

## Årsberättelse 2016 för sjukskrivningsprocessen inom NU-sjukvården

### 1. Jämställd sjukskrivning

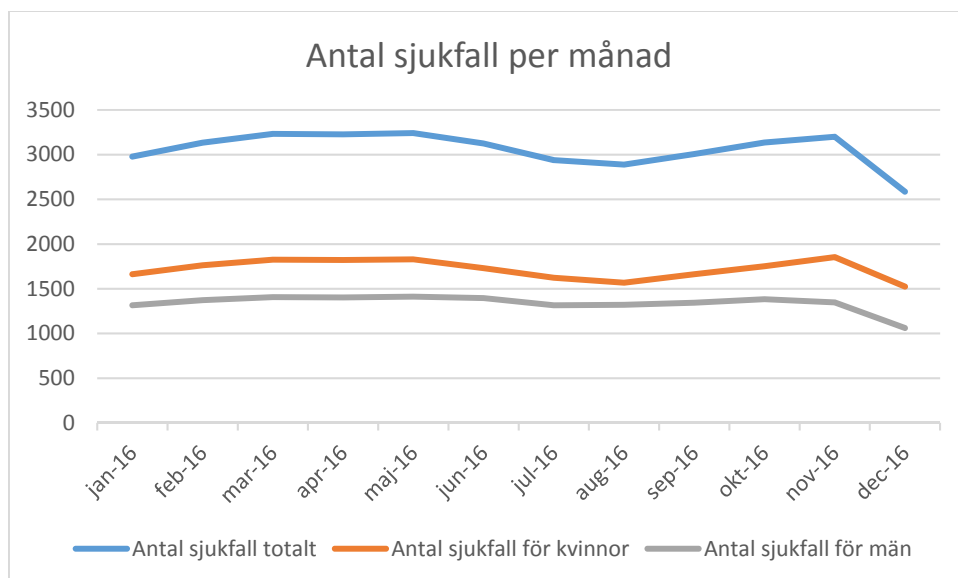
#### Uppföljning av sjukskrivningar

Statistiktjänsten Inera gör det möjligt att följa sjukfallsutvecklingen utifrån flera olika parametrar uppdelat på kvinnor och män. Vem som sjukskriver anses vara en indikator för kvaliteten i sjukintygen. Inom NU-sjukvården görs 55 procent av sjukskrivningarna av överläkare och 28 procent av specialisttjänstgörande (ST)-läkare.

Vid dialogmöten, där bland annat statistik har visats och diskuterats, finns det inte en uppenbar ojämlig sjukskrivning mellan män och kvinnor. Olikheter i sjukskrivning handlar mer om att olika sjukdomar drabbar män och kvinnor i olika stor utsträckning och i olika åldrar till exempel hjärtinfarkt.

#### Antal sjukfall

Jämfört med 2015 har antal sjukfall ökat med 9,7 procent. Även antal sjukskrivningar har ökat och då med 9 procent (19 534 stycken).



Figur 1 Antal sjukfall per månad. Ett sjukfall omfattar alla de läkarintyg som rör en viss patient och som har utfärdats med max 5 dagars uppehåll mellan respektive intyg.

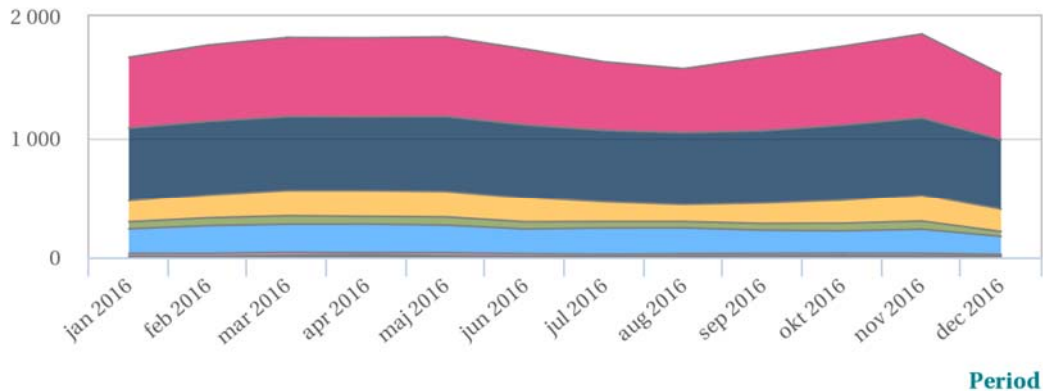
2017-01-05

### Antal sjukfall fördelat på diagnosgrupp

Diagrammen visar antal sjukfall för sju olika diagnosgrupper. Med diagnos avses den huvuddiagnos som finns angivet i intyget. För en given månad kan ett sjukfall bara ha en diagnos i statistiken. Om ett sjukfall innehåller flera olika diagnoser under samma månad så används bara diagnosen från det senaste intyget i statistiken för månaden. I jämförelse med 2015 ser fördelningen likadan ut.

#### Antal sjukfall fördelat på diagnosgrupp

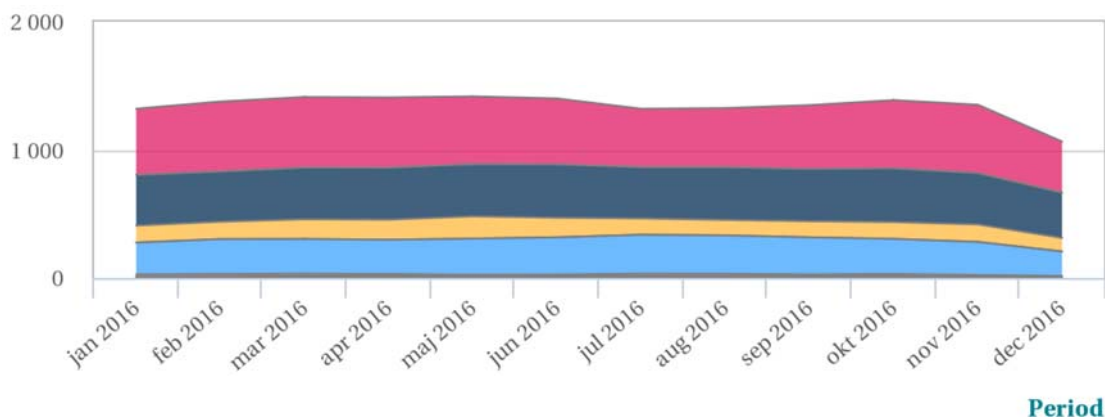
##### Antal sjukfall för kvinnor



- A00-E90, G00-L99, N00-N99 Somatiska sjukdomar
- F00-F99 Psykiska sjukdomar
- M00-M99 Muskuloskeletala sjukdomar
- O00-O99 Graviditet och förlossning
- P00-P96, Q00-Q99, S00-Y98 Övrigt
- R00-R99 Symtomdiagnoser
- Z00-Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kont...
- Utan giltig ICD-10 kod

#### Antal sjukfall fördelat på diagnosgrupp

##### Antal sjukfall för män

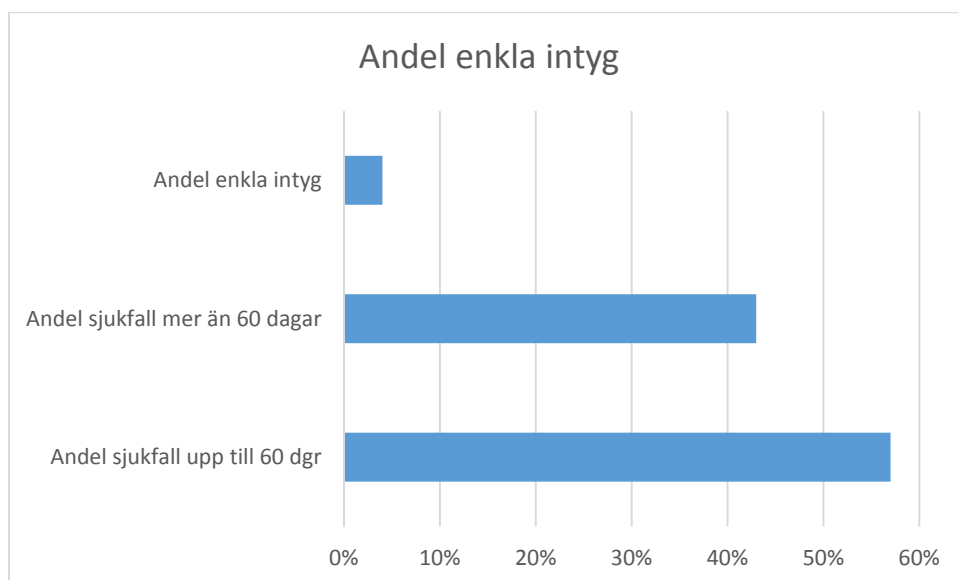
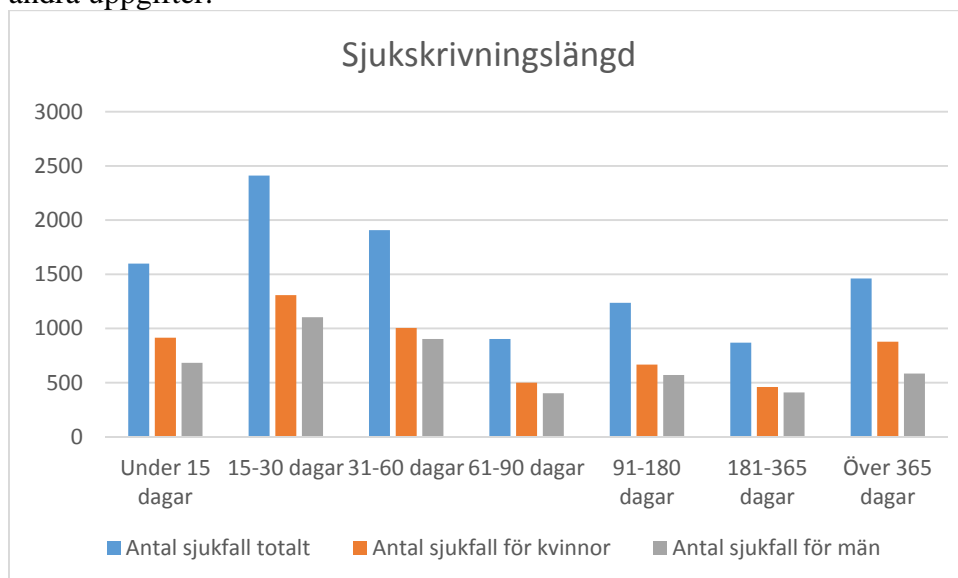


- A00-E90, G00-L99, N00-N99 Somatiska sjukdomar
- F00-F99 Psykiska sjukdomar
- M00-M99 Muskuloskeletala sjukdomar
- O00-O99 Graviditet och förlossning
- P00-P96, Q00-Q99, S00-Y98 Övrigt
- R00-R99 Symtomdiagnoser
- Z00-Z99 Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kont...
- Utan giltig ICD-10 kod

## Sjukskrivningslängd och enkla intyg

Visar antal sjukfall som varit aktiva under året. Den redovisade sjuklängden är längden av sjukfallet och inte längden av varje enskilt intyg. Till sjukskrivningslängden räknas inte den tid som ett sjukfall befunnit sig och sjukskrivits hos annan vårdenhets till exempel primärvården.

Enkla intyg, som är en möjlighet när den sammanlagda sjukskrivningen beräknas vara maximalt 60 dagar, har minskat med 2 procent sedan 2015. Detta skulle kunna användas i en betydligt större utsträckning och skulle kunna frigöra tid för andra uppgifter.



## Våld i nära relationer

I ett särskilt projekt har arbetet mot våld i nära relationer ingått i NU-sjukvårdens uppdrag. En projektledare från kvinnokliniken har arbetat med att implementera rutinen i verksamheten. Rutinen våld i nära relationer har reviderats utifrån den RMR som kom hösten 2015. Arbetet med våld i nära relationer är starkast förankrad inom kvinnosjukvården, barnkliniken samt akutkliniken. Akutmottagningen

2017-01-05

har tagit fram en lokal rutin om våld i nära relation/barn som far illa. Material av olika slag finns att tillgå samt information på hemsidan.

Personal från olika avdelningar har deltagit i olika föreläsningar inom ämnet.

Rutinen att registrera antal samtal om våld GD008 är inte implementerat ännu. Endast åtta registreringar finns för 2016.

Sjukhuset har deltagit i arbetsgruppen Våld i nära relationer inom Vårdsamverkan. Syftet har varit att öka kunskapen om våld i nära relationer i kommuner och hälso- och sjukvård samt kartlägga hur arbetet inom området bedrivs idag och vilket stöd som efterfrågas. Dessutom hur det fortsatta stödet till framförallt kommunerna dem som lever med våld ska se ut. Målet är att detta organiseras i ett gemensamt arbete i Fyrbodal.

## 2. Kompetenssatsning i försäkringsmedicin

Processledare (PL) har samordnat och deltagit som föreläsare i de försäkringsmedicinska utbildningarna för AT-läkare och specialisttjänstgörande (ST)-läkare, totalt fem stycken, som genomfört inom Fyrbodal.

PL har deltagit i den regionala utbildningsgruppen för översyn av utbildning för AT- och ST-läkare. Det har resulterat i en förändring av upplägg och renodling av innehåll. PL har även deltagit i en arbetsgrupp tillsammans med Stockholms läns landsting och region Skåne att utveckla de försäkringsmedicinska utbildningarna.

### AT-utbildning 1 dag

FMF	Antal AT-kurser	Antal deltagare
Fyrbodal	4	59

### ST/Specialistläkar-utbildning 2+1 dag

FMF	Dag 1-2 Antal kurser	Dag 3 Antal kurser	Antal deltagare
Fyrbodal	1		15

### Försäkringsmedicin för rehabiliteringskoordinatorer. Heldag

FMF	Antal kurser	Antal deltagare
Fyrbodal	Samordnas inom VGR. Redovisas av primärvården	

### Försäkringsmedicin för "icke sjukskrivande personal". Halvdag

FMF	Antal kurser	Antal deltagare
Fyrbodal	Redovisas av primärvården	

### PLUS-utbildning X-dagar

FMF	Antal kurser	Antal deltagare
Fyrbodal	Sköts via FMF Göteborg södra Bohuslän	

2017-01-05

Dialogmöten har genomförts med verksamheterna runt olika försäkringsmedicinska frågor. Vid de flesta har samverkansansvarig från Försäkringskassan deltagit.

Statistik från den nationella statistiktjänsten över sjukskrivning sammanställs för verksamheterna två gånger per år.

## Övrigt

### **Flexibel sjukskrivning för patienter i cancerbehandling**

Projekt startade under hösten 2015 och har fortsatt under året. När projektiden avslutades i september har rutinen fortsatt att tillämpas. Rapport med resultat väntas från Försäkringskassan under våren 2017. Målet är att ta tillvara det friska hos patienter i cancerbehandling så att de kan arbeta i den omfattning de själva orkar.

Uppföljande information tillsammans med RCC har getts till läkare inom kvinnokliniken, hematologen, onkologen, palliativa enheten samt kirurgkliniken. Det sjukintyg som skrivs för behandlingsperioden görs så kompletta att det täcker in de tre försäkringsförmånerna sjukpenning, särskilt högriskskydd samt förebyggande sjukpenning. Särskilda handläggare på Försäkringskassan tar kontakt med patienterna så snart sjukintyget kommit in. Rehabkoordinatorn finns som resurs att tillgå för läkare och patienter.

### **Hemsida sjukskrivning**

Inom NU-sjukvården har hemsidan **Sjukskrivning** tagits fram med samlad information runt olika delarna inom försäkringsmedicin. Den kan också fungera som en kunskapskälla i det dagliga arbetet.

## **3. Funktion för koordinering**

### **Rehabiliteringskoordinatorer**

Rehabiliteringskoordinatorer har en viktig funktion kring patientens process för en sammanhållen rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess. Funktionen riktar sig till sjukskrivningsintensiva verksamheter: ortopedi, kirurgi, psykiatri, medicin. Totalt har funktionen omfattat resurser motsvarande 1.0\*\* årsarbetare.

De viktigaste åtgärderna för en aktiv rehabiliterings- och sjukskrivningsprocess är

KVÅ-kod	Förklaring	Antal
UV117	Rehabiliteringskoordinering	43*
XS005	Externt informationsutbyte (i)	8*
XS013	Avstämningsmöte med försäkringskassan	22*
ZV020	Användande av tolk	3*
ZV502	Medverkan av företrädare för arbetsförmedlingen (i)	84*
ZV503	Medverkan av företrädare för försäkringskassan (i)	83*
ZV506	Medverkan av företrädare för arbetsgivare (i)	48*
DV093	Upprättande av rehabiliteringsplan	10

\* innefattar uppföljning från Elvis, uppgifter från Melior saknas på grund av att rapport inte finns ännu

\*\* under perioder 1.2 åa

Informationsmaterial om rehabkoordinering riktat till patient och personal har tagits fram och distribuerats till aktuella verksamheter.

Samverkan med rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården sker i enskilda patientärenden. Två gemensamma möte har skett. Rehabkoordinatorerna inom NU-sjukvården och Primärvården har utbyte med Arbetsförmedlingen en gång per termin.

Förutom rehabkoordinering har projektet **förstärkt bedömning** återupptagits under hösten. Syftet är att göra en utökad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga som ett stöd för behandlande läkare i planering av patientens sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess. Totalt gjordes åtta stycken.

### Ekonomisk redovisning för villkoren 1 – 3

NU-sjukvården har ersatts med 1 800 tkr och fakturering har gjorts med en tolfte-del av beloppet månadsvis.

HSN	FMF	Processledare	Rehabkoord	Projekt	Övrigt
HSN N Sjukhus	-	800	600	400	100

#### 4. Insatser för lindrig och medelsvår psykisk ohälsa och långvarig smärta

Uppföljning av åtgärder vid lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa omfattar psykologisk behandling, rehabiliteringsplanering och arbetsrelaterade insatser.

Åtgärder	Antal
Pågående systematisk psykologisk behandling (DU010, DU011, DU020)	3153
Avslut systematisk psykologisk behandling (Uv0111, UV112, UV013)	144
Rehabiliteringsplan/samordnad individuell plan (DV093, DV094, XU045, UX031)	554
Arbetsplatsrelaterade insatser (ZV502, ZV506)	132

De insatser som tidigare fanns med i överenskommelsen som gällde multimodal rehabilitering (MMR) inom ramen för rehabiliteringsgarantin flyttades till vårdöverenskommelsen (VÖK) och ingår inte i uppfyllandet av handlingsplanen för långvarig icke malign smärta (RS 2338-2012). Tillsammans med det ordnade införandet inom området har det gett NU-sjukvården långsiktiga förutsättningar att erbjuda rehabilitering på specialistnivå. Redovisning i NU-sjukvårdens samlade årsrapport.

#### 5. Övrigt

##### Processledare

PL samverkar med övriga processledare i regionen inom det regionala processledarnätverket samt i arbetsgrupp med sjukhusens PL.

I sjukhusgruppen utvecklas gemensamma arbetssätt och samsyn i olika frågor. Gruppen har bland annat drivit frågan om dokumentation för rehabiliteringskoordinatorer och patientens sjukskrivningsprocess. Håller samman nätverk och kunskapsutbyte mellan koordinatorerna och haft två utbildningsdagar under året.

##### Försäkringsmedicinskt forum

PL har deltagit i försäkringsmedicinskt forums (FMF) arbete. Det huvudsakliga arbetet har bestått i att genomföra utbildningar inom försäkringsmedicin och samverkan mellan NU-sjukvården, primärvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen för att nå samsyn i olika försäkringsmedicinska frågor. PL har deltagit i det regionala försäkringsmedicinska forumet tillsammans med ordförande.



2017-01-05

**Överenskommelse om elektronisk ärendehantering mellan sjukvården –  
Försäkringskassan**

Syftet är att underlätta informationsutbytet mellan vården och Försäkringskassan och används framför allt när det behövs kompletteringar av information i sjukintyg. Försäkringskassan kontaktar i första hand via telefon och i andra hand via fråga-svarsfunktionen i intygsmodule. Totalt antal fråga – svar var under året 542 stycken och motsvarar 2,8 procent av alla sjukintyg som skrevs inom NU-sjukvården. För antal påringningar finns ingen uppgift tillgänglig.

NU-sjukvården

Gunilla Christiansson  
Utvecklingsledare